

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marcel PETIT

Né le 11 avril 1898, à Paris
Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE COMPARÉE

DE LA

SYPHILIS EN FRANCE
ET A L'ÉTRANGER

Président : M. JEANSELME, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1926

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique ropédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

M.		MM.	
BRAMI	Pathologie médicale.	HOVELACQUE	Anatomie.
GLAVE	Pathologie chirurgicale.	JOYEUX	Parasitologie.
BERTIN	Pathologie médicale.	LABBE (Henri)	Chimie biologique.
SSET	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
UDOUIN	Pathologie médicale.	LE LORIER	Obstétrique.
NET	Physiologie.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LANCHET, ÈRE	Chimie biologique.	LEVY-SOLAL	Obstétrique.
RANCA	Histologie.	LIHERMITTE	Pathologie mentale.
RULÉ	Pathologie médicale.	LIAN	Pathologie médicale.
.	Pharmacologie et matière médicale.	MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
ADENAT	Pathologie chirurgicale.	METZGER	Obstétrique.
AMPY	Histologie.	MOCQUOT	} Pathologie chirurgicale.
IRAY	} Pathologie médicale.	MONDOR	
ERC		MOURE	} Histologie.
EBRE	Hygiène.	MULON	
de JONG	Anatomie pathologique.	PHILIBERT	Bactériologie.
UVOIR	Médecine légale.	RIBIERRE	Pathologie médicale.
CALLE	Obstétrique.	RICHET Fils	Physiologie.
ESSINGER	} Pathologie médicale.	TANON	Pathologie médicale.
IX		VAUDESCAL	Obstétrique.
ARNIER	Pathologie expériment.	VELTER	Ophthalmologie.
ARVIER	Pathologie médicale.	VERNE	Histologie.
BITZ-BOYER	Urologie.	VILLARET	Pathologie médicale.
		VELTER	Ophthalmologie.

III. AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		Mi	
UGEROT	Pathologie médicale.	RETTERER	Histologie.
JENIOT	Obstétrique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY	{	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU		
LAIGNEL-LAVASTINE .		Clinique médicale.
LEREBOULLET .		Clinique médicale in-
		fantile.

MM.

LERI	{	Clinique médicale.
LÆPER		
PROUST		Clinique chirurgicale.
N...		Clinique médicale.
SCHWARTZ		Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE agrégé	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique
		chez l'adulte pour les accidentés du tra-
		vail, les mutilés de guerre et les infirmes
FREY		adultes.
CHAILLEY-BERT		Stomatologie.
LEDOUX-L' BARD		Education physique.
		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS PARENTS

A MES PARENTS

*en reconnaissance des sa-
crifices qu'ils se sont imposés
pour moi.*

A MA MARRAINE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MES CAMARADES
DE L'ASSOCIATION CORPORATIVE

A MON MAÎTRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

PROFESSEUR DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITQUES
DE LA FACULTÉ

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*qui m'a fait le très grand
honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse. Hommages
reconnaissants.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BURNIER

*En remerciement des con-
seils qu'il a bien voulu nous
donner pour cette thèse.*

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le PROFESSEUR VIDAL, année 1920-21

M. le DOCTEUR ARROU, année 1921.

Années d'external :

M. le PROFESSEUR DESMAREST, année 1921-22.

M. le DOCTEUR BENSAUDE, année 1922-1923.

M. le DOCTEUR HALLE, année 1923.

M. le DOCTEUR BRECHOT, année 1923-24.

M. le PROFESSEUR TEISSIER, année 1924.

M. le DOCTEUR PAPILLON, année 1924-25.

M. le DOCTEUR CATHALA, année 1925.

M. le PROFESSEUR JEANSELME, année 1925-1926

INTRODUCTION

Nous avons étudié, dans ce travail, la marche suivie par la syphilis dans les populations indigentes, au cours des années 1919 à 1925, inclus, c'est-à-dire depuis la guerre.

Nous avons voulu nous rendre compte, si, comme semblaient l'indiquer différents symptômes, la syphilis avait réellement augmenté dans ces dernières années.

Il est toujours difficile d'apprécier la fréquence d'une maladie telle que la syphilis, et faire une statistique exacte est toujours un travail assez délicat.

Notre statistique, faite dans le dispensaire de la clinique du professeur Jeanselme, à l'hôpital Saint-Louis, porte sur la clientèle habituelle des hôpitaux, c'est-à-dire, presque exclusivement sur des indigents. Pour l'établir nous avons relevé au cours de ces sept années tous les cas de syphilis et plus particulièrement, les cas de syphilis récentes, c'est-à-dire les cas de chancres et de roséoles, qui se sont présentés au dispensaire, ceux-ci étant les plus intéressants, comme indiquant le plus exactement la marche ascendante ou descendante de la syphilis. Pour réduire au minimum les causes d'erreur, elle ne porte que sur les cas de malades sy-

philitiques venus pour la première fois au dispensaire; cette date de la première visite a seule été notée.

Nous avons pu conclure de ce travail que la syphilis en augmentation au cours de la guerre, comme le prouvent les chiffres cités par le professeur Pautrier (700.000 à 800.000 cas de syphilis nouvelles en France) a diminué progressivement et régulièrement, au cours des années 1921 à 1924, mais est en très nette augmentation depuis cette date.

Contre cette situation angoissante pour l'avenir de notre pays, il importe de prendre, dès maintenant, des mesures efficaces, si on ne veut pas voir la syphilis étendre ses ravages sur la presque totalité de la population.

Propagande et éducation du public; création de dispensaires nombreux; création de centres dermatologiques dans l'armée, etc.; vote de certaines lois et d'un budget spécial par le Parlement; ces lois devant être, surtout dirigées contre l'immigration étrangère et contre la réglementation actuelle de la prostitution qui, comme nous le verrons plus loin, sont des facteurs importants de l'augmentation de la syphilis en France.

STATISTIQUE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

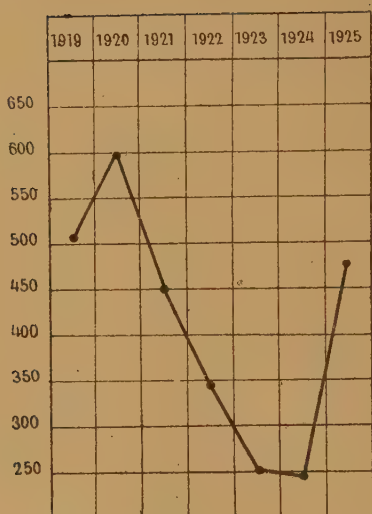
Prenons d'abord les chiffres constatés annuellement à l'hôpital Saint-Louis (dispensaire du professeur Jean-selme) et se rapportant aux cas de syphilis récentes, c'est-à-dire, aux chancres et aux roséoles.

Ces chiffres sont les suivants :

Total par années des syphilis récentes
(Chancres et roséoles).

Année 1919	502
— 1920	614
— 1921	452
— 1922	345
— 1923	269
— 1924	248
— 1925	459

Ils nous permettent de construire le graphique suivant qui montre dans l'ensemble la marche suivie par la syphilis durant cette période.



Graphique I. — Nombre annuel de syphilis récente (période 1919-1925)

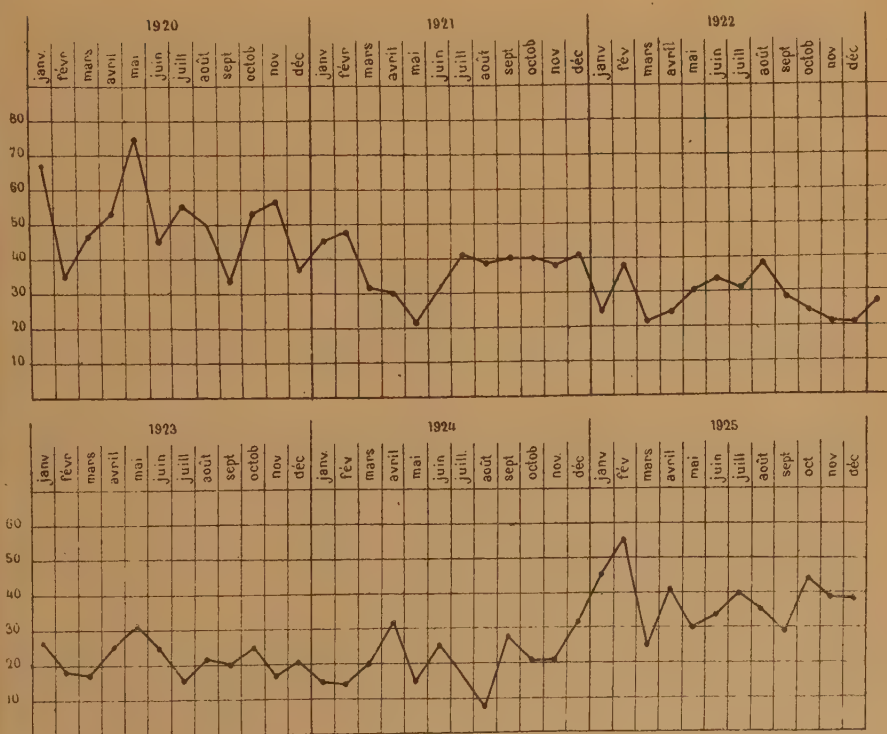
Ce graphique nous permet de porter les conclusions suivantes :

En 1919, année de lendemain de guerre et de démobilisation intense, le nombre de cas de syphilis récentes (chancres et roséoles) se maintient très élevé : 502 cas. Puis l'année suivante : 1920, il y a une augmentation très nette avec 614 cas. C'est l'année où la syphilis atteint son maximum. Puis le tracé descend ensuite régulièrement et progressivement au cours des années suivantes : 452 cas en 1921, 345 cas en 1922, 269 cas en 1923 et enfin 248 cas en 1924, chiffre le plus faible. A partir de cette date le tracé remonte brusquement à un niveau assez élevé, puisqu'il atteint presque celui de 1919 (459 cas en 1925 contre 502 en 1919).

Si nous considérons maintenant les chiffres obtenus

mensuellement au cours de la période comprise entre 1919 et 1925 nous obtenons les chiffres suivants et pour les cas de syphilis récentes et pour les cas de syphilis anciennes. (Tableau 1.)

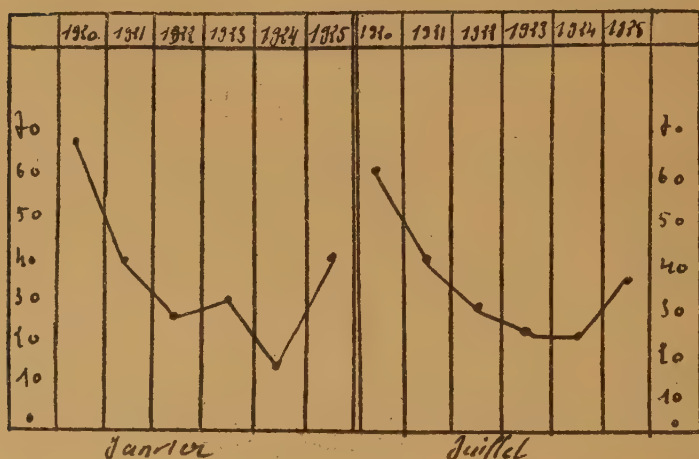
Les chiffres indiqués dans ce tableau nous permettent d'établir pour les cas de syphilis récentes, le graphique mensuel au cours de cette période. (Graphique 2.)



Graphique II.

La courbe obtenue ainsi est irrégulière, mais les maxima et les minima observés sont dus à des causes dont les unes sont inexplicables, mais les autres connues.

Parmi ces dernières nous mentionnerons, les fêtes du calendrier, les unes fixes, comme Noël, le Jour de l'An, le 14 juillet etc., les autres mobiles, comme les Jours gras, la Mi-carême, Pâques, etc., qui se traduisent les



Graphique III

Comparé des mois de Janvier et de Juillet au cours des années
1920 à 1925

premiers par des sommets à peu près synchrones, les secondes par des ascensions correspondant à des dates variables.

C'est ainsi qu'on peut observer sur ce graphique, une élévation assez marquée de la courbe pendant presque tous les mois de janvier ou de février, mois cor-

Année 1924		Année 1925		
<i>Syphilis récentes</i> (Chancres et roséole)	<i>Syphilis anciennes</i>	<i>Mois</i>	<i>Syphilis récentes</i> (Chancres et roséole).	<i>Syphilis anciennes</i>
14	31	Janvier ...	45	23
14	24	Février ...	57	34
20	27	Mars	27	22
32	35	Avril	41	30
15	37	Mai	30	20
25	41	Juin	34	26
16	29	Juillet	40	31
9	31	Août	34	15
28	28	Septembre	29	19
21	28	Octobre ..	46	33
21	21	Novembre .	39	26
33	31	Décembre .	37	26
248 dont 194 hommes 54 femmes	363 dont 230 hommes et 133 femmes	Total	459 dont 335 hommes et 124 femmes	305 dont 182 hommes et 123 femmes

Année 1922			Année 1923		
<i>Mois</i>	<i>Syphilis récentes</i> (Chancres et roséoles) ¹	<i>Syphilis</i> <i>anciennes</i>	<i>Mois</i>	<i>Syphilis récentes</i> (Chancres et roséoles)	<i>Syphilis</i> <i>anciennes</i>
Janvier ...	25	71	Janvier ...	29	62
Février ...	39	49	Février ...	20	61
Mars	24	73	Mars	18	52
Avril	27	51	Avril	24	61
Mai	31	65	Mai	32	53
Juin	37	58	Juin	24	53
Juillet	32	51	Juillet	15	39
Août	39	63	Août	23	42
Septembre	27	53	Septembre	21	35
Octobre ..	23	67	Octobre ..	25	42
Novembre.	20	61	Novembre.	17	49
Décembre .	21	59	Décembre .	21	30
Total	345 ont 261 hommes et 84 femmes	721 dont 426 hommes et 295 femmes	Total	269 dont 211 hommes et 58 femmes	579 dont 370 hommes et 209 femmes

TABLEAU A.

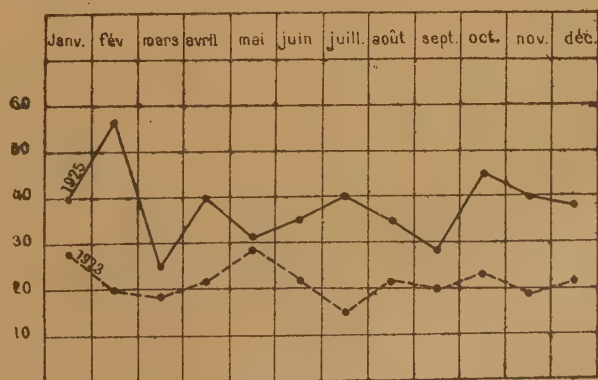
Année 1920			Année 1921		
<i>Mois</i>	<i>Syphilis récentes</i> (Chancres et roséoles)	<i>Syphilis anciennes</i>	<i>Mois</i>	<i>Syphilis récentes</i> (Chancres et roséoles)	<i>Syphilis anciennes</i>
Janvier ...	67	66	Janvier ...	44	80
Février ...	36	89	Février ...	47	68
Mars	47	62	Mars	32	79
Avril	53	66	Avril	31	81
Mai	75	75	Mai	22	85
Juin	45	53	Juin	33	60
Juillet ...	56	84	Juillet ...	43	80
Août	53	56	Août	39	50
Septembre	34	69	Septembre	40	55
Octobre ..	53	78	Octobre ..	40	51
Novembre	59	66	Novembre	38	58
Décembre	36	54	Décembre	43	57
Total	614 dont 487 hommes et 127 femmes	816 dont 499 hommes et 317 femmes	Total	452 dont 324 hommes et 128 femmes	804 dont 497 hommes et 307 femmes

respondant à l'apparition des chancres contractés pendant les fêtes de Noël ou du Jour de l'An. Il en est à peu près de même pour les autres fêtes où la courbe remonte à une époque déterminée par la position de la fête et par la durée de l'incubation.

Considérons maintenant deux mois pris au hasard pendant ces six années; soit janvier et juillet par exemple. Nous obtenons le graphique 3.

Les courbes obtenues ont la même allure dans l'ensemble que celle du graphique annuel, c'est-à-dire maximum en 1920, décroissance rapide et progressive jusqu'en 1924 (minimum) puis ascension brusque en 1925.

Enfin si on observe les graphiques 4 et 5 qui représentent les cas de syphilis récentes au cours des années 1923 où ils sont presque réduits au minimum et 1925 où ils remontent brusquement, on voit que les deux tracés sans être parallèles, ne s'enchevêtrent pas et restent indépendant l'un de l'autre.



Graphiques IV et V. — Nombre annuel de syphilis récentes en 1923 et en 1925.

Tous ces graphiques prouvent nettement la marche descendante, puis ascendante de la syphilis.

Le tableau A contient encore quelques indications. C'est ainsi que le nombre de syphilis récentes est toujours plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Cela tient sans doute à ce que le chancre passe le plus souvent inaperçu chez les femmes, qui ne viennent consulter qu'aux accidents secondaires, plus apparents.

Quant aux syphilis anciennes, elles donnent mensuellement des chiffres variables, mais dans l'ensemble le nombre des syphilis anciennes baisse peu, mais régulièrement. Mais cette baisse peut très bien n'être qu'apparente, les malades syphilitiques anciens, consultant de moins en moins souvent à ce stade de la maladie et en tout cas le rôle du nombre de ces syphilis n'est pas au premier plan dans la marche ascendante ou décroissante de cette maladie. Là encore la proportion des hommes par rapport à celle des femmes est plus élevée; mais cette différence est moindre que dans le cas des syphilis secondaires ou récentes. Peut-être, dans ce cas, les femmes consultent-elles moins encore que les hommes.

Considérons maintenant le pourcentage des cas de syphilis récentes par rapport au total des cas de syphilis constatées c'est-à-dire syphilis récentes plus syphilis anciennes. Nous obtenons les chiffres suivants (Tableau B) :

Années	Proportion des syphilis récentes par rapport aux syphilis anciennes			
	syphilis récentes	syphilis anciennes	Total	p. 100
1919	502	495	937	50 p. 100
1920	614	816	1.430	42 p. 100
1921	452	804	1.256	36 p. 100
1922	345	721	1.066	32 p. 100
1923	269	579	848	31 p. 100
1924	248	363	611	40 p. 100
1925	459	305	764	60 p. 100

Tableau B

Ce tableau montre que lorsque la syphilis diminue, le pourcentage des cas récents par rapport au total des cas traités s'abaisse, tandis qu'il remonte si la syphilis augmente. Ce pourcentage vérifie et renforce les graphiques I et II. Nous trouvons en effet en 1919 un pourcentage de 50 %. Celui-ci s'abaisse progressivement jusqu'en 1923 : 31 % et remonte ensuite en 1925 à 60 %.

De tout ce qui précède il résulte que la syphilis a augmenté considérablement au cours de l'année 1925. Mais des causes d'erreur n'ont-elles pu fausser la statistique. Il se pourrait, par exemple, que le nombre des

malades traités au dispensaire ait augmenté au cours de l'année 1925, ce qui expliquerait l'augmentation des cas de syphilis récentes. Mais depuis plusieurs années, le nombre des malades est à peu près le même. Il n'y a qu'une différence infime du nombre des malades, par exemple, entre les années 1920 à 1925 et cela ne peut expliquer l'augmentation des cas de syphilis récentes. Peut-être aussi plusieurs malades préfèrent-ils, à cause des facilités données être traités au dispensaire de préférence aux salles? S'il en était ainsi le nombre des syphilis contenues dans ces dernières années aurait diminué au profit du dispensaire; or il n'en est rien et le nombre des cas de syphilis observés dans les salles est sensiblement le même au cours de ces dernières années. D'autre part aux consultations du soir hebdomadaires du mercredi, le nombre des cas de syphilis augmente également dans la proportion de deux contre un.

En outre il existe à l'hôpital Saint-Louis cinq autres services de syphiligraphie; à chacun de ces services est annexé également un dispensaire. Or les statistiques fournies par les chefs de ces services montrent une augmentation de 490 cas de syphilis récentes de 1924 à 1925, soit 20 % (Tableau C).

L'augmentation des cas de syphilis récentes au cours de l'année 1925 est donc nette dans tous les services. Si l'on remarque que l'hôpital Saint-Louis n'est pas affecté seulement à un seul secteur parisien, mais qu'il reçoit des malades de tous les quartiers de la capitale

et de toutes les banlieues, on peut en déduire que cette augmentation est générale et très marquée dans les milieux ouvriers de l'agglomération parisienne.

Syphilis récente

Années	D ^r Hudelo	D ^r Milian	D ^r Ravaut	D ^r Lortat Jacob	D ^r Louste
1919		711			
1920		994			
1921		982			
1922	302	855			204
1923	363	768		270	149
1924	375	679	131	285	227
1925	446	717	259	305	242

Tableau C

Malheureusement la syphilis n'est pas seulement en augmentation dans la région parisienne. Il en est de même en province.

STATISTIQUES DE PROVINCE

En effet l'enquête menée dans les principales villes de France donne des résultats à peu près identiques.

Déjà Leredde dans son livre¹ : *Un Fléau social* avait signalé l'augmentation de la syphilis dans les campagnes. Le D^r Etienne (de Vernon) avait rencontré sur 522 individus atteints d'affections chroniques diverses : 82 cas de syphilis acquises, 161 cas de syphilis héréditaire certaine, 39 cas de syphilis acquise possible et 117 cas de syphilis héréditaire possible; soit 399 cas.

De plus, dans un village de Normandie de 1300 habitants, un médecin a rapporté que sur les 310 maisons dont se compose le village, il a reconnu dans 35 maisons des cas de syphilis certaine, et dans 44, des cas de syphilis probable.

Comment expliquer que dans ces campagnes éloignées des grands centres, la syphilis augmente?

Il faut encore voir là une des conséquences éloignées de la guerre, qui par ses brassages d'armées, ses camps, ses soldats indigènes des deux mondes, a apporté le

1. Leredde — Un fléau social — *La syphilis et l'organisation de la lutte anti-syphilitique*. — Bibliothèque Plon-Nourrit (p. 52 et suivantes).

tréponème à des populations jusque là à peu près indemnes. C'est la principale cause. Enfin, l'attrait des villes qui offrent aux jeunes gens des campagnes des distractions multiples et variées, pousse à la désertion de celles-ci. Les jeunes gens vont donc travailler à la ville, y contractent la syphilis et revenant dans leur pays, soit à l'occasion des vacances, soit à la fin de leur carrière, y apportent et y transmettent la maladie.

Dans les grandes villes de Province, il en est de même. Les statistiques montrent une nette augmentation de la syphilis au cours de l'année 1925.

Le Professeur Nicolas (de Lyon) trouve au cours de ces 3 dernières années :

Années	Total des des malades examinés	Total des cas de syphilis	Pourcen- tage
1923	2.002	47	2,35
1924	1.704	85	à
1925 (9 premiers mois)	1.302	76	à,84

Si on admet que pour les 3 derniers mois de 1925, la proportion soit la même, on obtient un total de 95 chancres, c'est-à-dire, le double du nombre observé en 1923 et pourtant le nombre des consultants s'est considérablement abaissé, de 2.002 en 1923 à 1.302 en 1925.

A St-Etienne, le Dr Laurent a pu établir la statistique suivante :

Dispensaire de Saint-Etienne

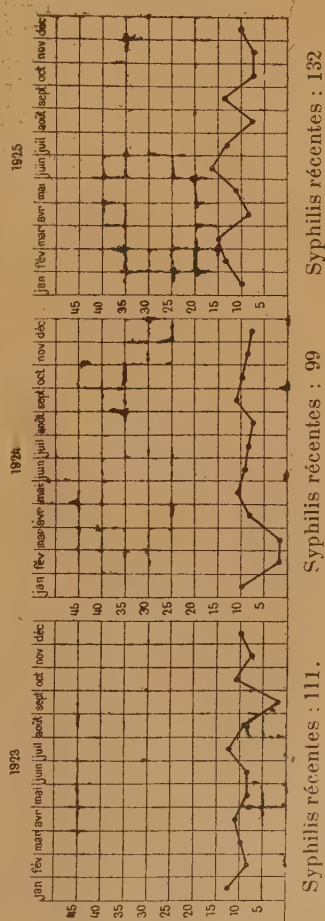
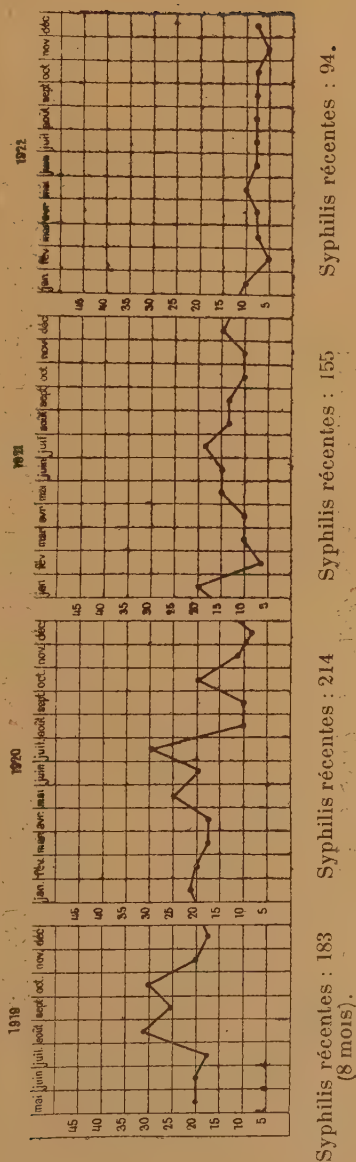
Années	Nombre total des cas de syphilis traitées	Nombre des cas de syphilis récentes	Pourcen- tage
1919 (8 mois)	252	183	
1920	354	214	60 %
1921	313	155	49 %
1922	252	94	37 %
1923	464	111	
1924	271	99	36 %
1925	291	132	45 %

Là encore la syphilis atteint son maximum en 1929, décroît pendant les années suivantes, atteint un minimum en palier au cours des années 1922, 1923 et 1924 pour remonter brusquement en 1925. Et le pourcentage des cas récents par rapport aux cas anciens suit la même progression.

D'ailleurs, la marche est facile à suivre sur le graphique VI, que nous empruntons au Dr Gouteyron, (thèse de 1925). On y remarquera que le nombre des contaminations mensuelles qui est aux environs de 10 au cours des années 1922, 1923 et 1924, remonte jusqu'aux environs de 17 pour l'année 1925.

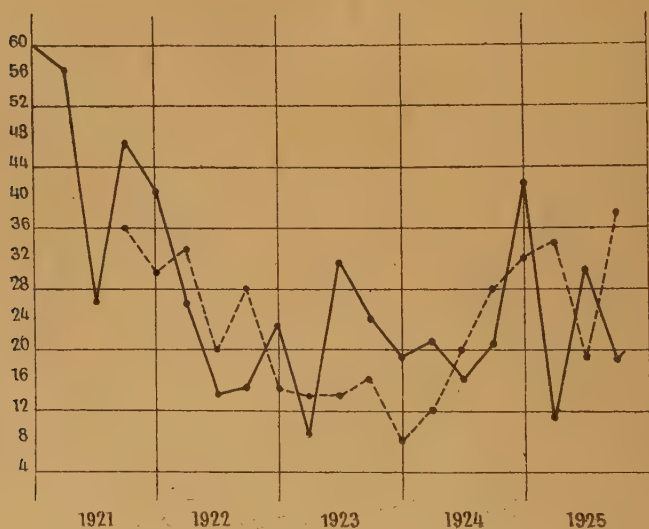
A Marseille, le Dr Vigne remarque que le nombre des chancres indurés a sensiblement augmenté au cours de la seconde moitié de l'année 1925. Le Dr Barbier donne les chiffres suivants pour les syphilis récentes traitées à la clinique dermatologique de l'Hôtel-Dieu de Marseille : 474 en 1923, 618 en 1924 et 705 en 1925.

A Bordeaux, le Professeur Petges a remarqué une poussée de syphilis secondaire au cours des derniers mois de 1925.



Au Havre, le D^r Thorel, chef du dispensaire anti-vénérien du Havre, la établi a courbe suivante (graphique VII) qui montre de fortes poussées en 1923, 1924 et 1925. Il constatait également dans les *Archives médico-chirurgicales de Normandie* de 1924 que les nouveaux cas de syphilis qui s'étaient abaissés depuis la guerre de 60 cas à 9 cas sont remontés à 20 et 30 cas, par trimestre.

A Lille, le D^r Danel signale une recrudescence en 1925.



Graphique VII. — D^r Thorel, Dispensaire anti-vénérien du Havre

Il donne les chiffres suivants :

Années	Syphilis récentes	Total des cas de syphilis observés	Pourcentage
1919	22	50	44
1920	26	62	41,9
1921	22	46	47,8
1922	19	48	44
1923	20	46	43,3
1924	15	40	37,5
1925	25	50	50

Là encore la marche de la syphilis est identique à celle observée ailleurs.

Dans les autres grandes villes, les constatations sont à peu près les mêmes. Le Dr Spillmann (de Nancy) constate dans la *Revue Dermatologique de Nancy*, février 1925, que : « le nombre des accidents primaires a plus que triplé ». Enfin, le Professeur Pautrier (de Strasbourg) tout en constatant les bons résultats obtenus par la lutte dirigée contre les maladies vénériennes, trouve lui aussi une augmentation.

Donc, dans toute l'étendue de la France, grandes villes, ou campagnes, la syphilis est en nette augmentation surtout depuis un an.

La situation est-elle la même dans les pays étrangers ? C'est ce que nous allons étudier.

STATISTIQUES ETRANGERES

Dans les pays étrangers, la courbe exprimant le taux de la syphilis a continué à descendre régulièrement dans certains pays ou est restée stationnaire dans d'autres.

Prenons par exemple le **Danemark** : une statistique échelonnée de 1891 à 1924 donne les chiffres suivants :

Années	Nombre total de syphilis déclarées	Nombre de syphilis déclarées par 10.000 habitants
1891-95	1.086	34
189 -1800	1.592	45
1901-1905	1.774	45
1906-1910	2.107	47
1911-1915	2.256	47
1916-1920	2.611	49
1921	2.496	44
1922	1.515	27
1923	1.338	23
1924	1.245	21

Si on examine ces chiffres, on remarque une nette augmentation des cas en 1906-1910, mais cette augmentation correspond à la mise en vigueur de la déclaration obligatoire et n'indique pas une recrudescence de la syphilis, mais plutôt une augmentation du nombre de malades se faisant traiter par crainte des lois. Depuis

cette date, la syphilis a continué à décroître régulièrement, sauf au cours des années 1914 à 1920, années de mobilisation correspondant à la guerre, où le maximum est atteint. Enfin, si on considère les chiffres de 1924, on voit que ce sont les plus bas depuis 1896.

La proportion des syphilis qui était de 2,7 pour 1000 en 1922, de 2,3 pour 1000 en 1923 n'est en 1924 que de 2,1 pour 1000. La syphilis congénitale a diminué dans les mêmes proportions; de 108 cas en 1913-1917, elle est tombée à 60 en 1924.

La regression a été encore plus rapide pour le chancre mou.

De plus, le nombre des cas de syphilis traitées dans les Hôpitaux de Copenhague est tombé de 1.022 en 1918 à 473 en 1924.

En **Suisse**, le Professeur Oltramare (de Genève) donne la statistique suivante pour les chancres syphilitiques :

Années	Chancres
1913	31
1914	60
1915	81
1916	83
1917	65
1918	80
1919	104
1920	70
1921	50
1922	26
1923	9
1924	5
1925	2

Là encore, décroissance rapide et continue, avec

cependant, comme partout, augmentation au cours des années de guerre.

En **Belgique**, le nombre des cas de contaminations récentes, c'est-à-dire le nombre des syphilis nouvelles, a diminué considérablement presque partout d'après l'enquête menée par le Gouvernement et le corps médical belge.

Dans un certains nombre de centres, même des plus importants, tels que Mons et Anvers, on a constaté ces temps derniers que le chiffre est parfois tombé à zéro.

D'après la statistique globale du Gouvernement, le nombre des chancres primitifs est tombé de 2.504 en 1920, date du maximum, à 898 en 1923, date où s'arrête la statistique, mais depuis cette date, le nombre a encore diminué.

Pour les centres pris en particulier on trouve :

Province du Brabant :

A Bruxelles, la statistique du Professeur Jacqué montre une diminution des chancres qui sont tombés de 291 en 1919 à 51 en 1924.

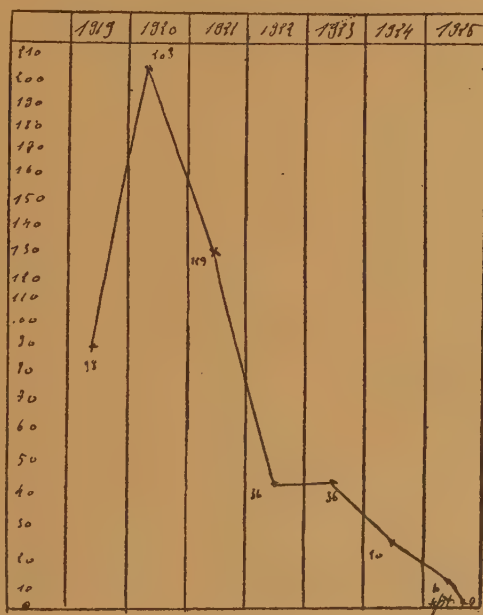
La statistique du Dr Behaeghel donne une diminution qui va de 46 chancres en 1920 à 5 chancres en 1924.

A Anderlecht, il n'y a plus de chancres, et à Vilvorde seulement deux cas.

Province d'Anvers :

Le Dr Poirier signale une diminution considérable des chancres. Sur 406 cas de syphilis, il ne signale en 1924 que 12 chancres.

Enfin, le graphique suivant de la *Central Klinick* du Dr François montre que le nombre des chancres syphilitiques de 203 en 1920 arrive à zéro en septembre 1925.



Graphique VIII

Dans la Flandre Occidentale :

On ne signale aucun chancre.

Dans la Flandre Orientale :

Le chiffre est tombé de 19 à 1.

Dans le Hainaut :

A Mons, le Dr Lagage n'a pas en 1925, constaté la moindre lésion primaire; à Thuin, on n'a constaté que 2 chancres en 1925.

A Namur, 10 cas de chancres dans l'année alors que en 1920-21 ce chiffre était de 25 par semaine.

A Liège, la syphilis décroît régulièrement, comme le montre la statistique suivante du Professeur Malvoz :

Années	Accidents primitifs
1919	177
1920	117
1921	65
1922	35
1923	9
1924	15
1925	14

D'autre part une statistique portant sur 300 prostituées visitées régulièrement a donné les résultats suivants :

Années	Cas de syphilis
1919	119 cas
1920	67 —
1921	59 —
1922	41 —
1923	33 —
1924 (9 premiers mois)	6 —

Enfin, dans l'armée, la syphilis a diminué régulièrement et progressivement depuis 1921, au point d'atteindre actuellement un pourcentage insignifiant.

Cependant, à Bruxelles, quelques statistiques prouvent une augmentation.

Mais dans l'ensemble, le Dr Schroenen, secrétaire de la Ligue nationale belge contre le péril vénérien

estime que les cas de syphilis récentes ont diminué dans la proportion de 75 %¹.

En **Espagne**, une statistique due au Dr A. Sainz de Aja (de Madrid) donne les chiffres suivants pour les accidents primitifs :

Années	Chancres génétaux		Chancres extra-génétaux	
1913	79,5	p. 1.000	18,05	p. 1.000
1914	71	—	8,05	—
1915	57	—	8,5	—
1916	102,5	—	9	—
1917	92	—	8	—
1918	83	—	9,33	—
1919	91,66	—	6,5	—
1920	82	—	3	—
1921	69,8	—	2,80	—
1922	69,57	—	1,14	—
1923	59	—	1	—

La même décroissance s'observe pour les cas de syphilis secondaires portant sur le même nombre d'années, comme le montre le tableau suivant :

1913	225	p. 1.000
1914	157	—
1915	198,5	—
1916	186,65	—
1917	192	—
1918	178,66	—
1919	172,5	—
1920	162,35	—
1921	180,20	—
1922	143	—
1923	98	—

1. Congrès d'Hygiène, séance du 20 oct. 1925.

2. A. Sainz de Aja, *actas dermo-sifilograficas*, déc.-janv. 1925-26, n° 2, p. 6, oct suiv.

Ces progrès seraient surtout dus d'après le Dr A. Sainz de Aja à l'emploi intensif de la médication arsenicale.

En **Autriche**, la syphilis a diminué de 1920 à 1924 de 44,6 pour 100 comme le montre la statistique suivante du Dr H. Schroetter¹ :

Années	Total des syphilis récentes
1920	3.647
1921	3.184
1922	2.240
1923	2.348
1924	2.021

La statistique de la clinique du Professeur Finger de Vienne montre également une diminution de 50 %.
La voici :

Années	Total des syphilis récentes.
1920	520
1921	730
1922	371
1923	404
1924	263

Par contre, le Professeur Oppenheim communique la statistique de l'Hôpital Wilhelmine de Vienne qui est en désaccord avec les précédentes :

¹ H. Schroetter, *Mitt. des Volksgesundheitsamtes*, 1926.

Années	Total des cas traités	Total des cas récents	Pourcentage
1919	164	45	27,
1920	371	102	27,2
1921	351	122	34,7
1922	310	83	26,7
1923	294	42	14,2
1924	284	72	25,3

Soit une nette augmentation des cas récents, alors que le nombre total des cas traités a, lui, diminué

En **Tchéco-Slovaquie**, la statistique du Professeur. Bukowsky (de Prague) montre qu'après des oscillations peu marquées, le taux de la syphilis est à peu près le même en 1925 qu'en 1910 : 3,84 en 1910 et 3,03 en 1925.

Années	Total des maladies vénériennes	Total des cas de syphilis récentes	Pourcentage
1910	1.275	49	3,84
1911	1.312	38	2,81
1912	1.464	61	4,17
1913	1.875	74	3,95
1914 (6 premiers mois) .	1.267	40	3,16
1919	1.289	39	2,02
1920	2.664	66	2,48
1921	4.079	81	1,98
1922	3.432	71	2,07
1923	3.308	70	2,12
1924	4.328	99	2,29
1925	3.596	109	3,03

Enfin, en **Russie**, le nombre des malades syphili-

tiques est considérable. Alors qu'en 1913, 4 % des syphilitiques traités, l'étaient pour chancre, la proportion s'élève à 32,46 % en 1923 et à 36,12 % en 1924. De plus, le nombre des chancres syphilitiques à Moscou a été de 862 et celui des malades porteurs d'accidents secondaires de 1.236 pendant la période de 1923 à 1924¹.

Si la syphilis est stationnaire dans les pays étrangers, du moins dans la plupart, ou même en nette décroissance, comment se fait-il qu'il en soit ainsi, alors qu'elle augmente dans notre pays?

Nous allons examiner les causes, qui, selon nous, contribuent à l'augmentation de la syphilis en France. Nous examinerons ensuite les mesures prises par l'étranger pour lutter contre la syphilis; nous comparerons les résultats obtenus et nous terminerons par l'indication des remèdes propres à juguler cette augmentation.

1. Anderson, *Rouski vjestnik dermatol.* III, 1925, n 7.

CAUSES DE L'AUGMENTATION DE LA SYPHILIS EN FRANCE

Ces causes sont multiples, mais peuvent finalement se résumer en quatre grands groupes : 1° des causes imputables aux malades ; 2° des causes plus spéciales à ces dernières années, fournies par l'afflux de l'immigration étrangère et l'augmentation de la prostitution et enfin 3° des causes d'ordre médical : abandon des injections arsenicales intra-veineuses et ignorance médicale en syphiligraphie. Nous allons étudier séparément chacune de ces causes.

I. — Causes imputables aux malades.

Ces causes sont bien connues ; ce sont l'ignorance du malade, son indolence ou sa pudibonderie, facilitées par l'absence de douleurs au cours de l'évolution spécifique et la conservation relative d'un bon état général.

Beaucoup de malades en effet, ne savent pas reconnaître la syphilis, ou n'attachent pas d'importance à ses différentes manifestations, soit au chancre, qu'ils considèrent comme un petit bouton sans gravité, soit aux accidents secondaires qu'ils prennent pour des

éruptions banales. Le paysan à la campagne et même l'ouvrier à la ville, ne se préoccupe guère de sa roséole ou de ses syphilides papuleuses, pour lui c'est « une éruption de sang » et pour lui, cette éruption de sang, c'est « la maladie des forts », c'est-à-dire, un indice de santé florissante.

De plus le chancre peut passer inaperçu, comme dans le cas de chancre nain; et souvent chez les hommes, le fourreau recouvrant le gland, recouvre également le chancre et il passe ainsi inaperçu, surtout chez les hommes négligeant les soins les plus élémentaires d'hygiène.

Chez les femmes, la proportion des chancres passés inaperçus est encore plus grande. En effet celui-ci peut se dissimuler dans l'intervalle situé entre les grandes et petites lèvres, ou bien avoir un siège profond (vagin, utérus) et passer ainsi inaperçu, même chez des femmes soucieuses de leur toilette. Pendant les six années de 1919 à 1925, nous avons relevé 273 cas de chancres féminins. Sur ces 273 chancres, 46 étaient passés inaperçus des malades qui étaient venues consulter pour des accidents secondaires; le chancre n'étant dévoilé que par un examen gynécologique. Or 46 sur 273, cela fait presque le cinquième. On voit donc quels dangers de contamination créent ces malades.

Et puis, il faut bien le dire, certains malades intelligents et sachant très bien qu'ils ont contracté la syphilis, n'osent pas la dévoiler soit par crainte des railleries, les maladies vénériennes et plus particulièrement la syphilis, étant considérées comme maladies honteuses, soit qu'ils soient effrayés des conséquences de la maladie.

L'indolence du malade joue également un rôle. Beaucoup se soignent peu ou même pas du tout, et ce défaut de traitement chez des malades présentant des accidents suintants contribue à la contamination, c'est-à-dire à l'augmentation de la syphilis. A la campagne, par exemple, où les médecins sont souvent éloignés, le malade ne se soigne pas, soit à cause de cet éloignement, soit par crainte de dévoiler sa maladie à sa famille, par ses voyages trop fréquents. Il consulte donc les réclames vantées dans les journaux et se soigne avec ces produits qui lui sont envoyés « *rapidement et discrètement* ».

A la ville, où il existe des facilités plus grandes, c'est en plus la crainte du spécialiste, qui dévoile, qui prend cher. Il faut soigner le malade « sans qu'il sache pourquoi ». Enfin le dérangement minime que constitue une visite par semaine, au médecin ou au dispensaire est encore trop pour beaucoup.

Et puis il y a aussi la pusillanimité, la crainte de la piqûre, bien faite ou mal faite, surtout chez les femmes, et le malade se soigne avec des médicaments pouvant être pris par voie buccale, mais beaucoup moins efficaces.

A toutes ces raisons s'en ajoute une autre. Le traitement par les méthodes actuelles, avec le novarsénobenzol, blanchit rapidement les malades, nous allions presque écrire trop rapidement; les accidents contagieux disparaissent très vite; à la 3^e ou à la 4^e piqûre, très souvent. Aussi le nombre de malades qui ne reviennent plus après 3 ou 4 piqûres est-il considérable. Les plus résolus à se soigner terminent leur série et ne

présentant plus d'accidents se croient guéris et ne reviennent plus ou seulement plus tard, lors d'accidents secondaires tardifs ou tertiaires pour commencer une série et rédisparaître à nouveau.

Au dispensaire de la clinique du professeur Jean-selme, le nombre de ces « *déserteurs du traitement* », comme on les a fort justement appelés est très élevé. Le pourcentage des cas s'élève à 72 % en 1921, à 60 % en 1922 et à 70 % en 1923. Certes il est possible que certains de ces malades venus au dispensaire pour connaître la nature de leur maladie, se fassent soigner chez eux, par leur médecin, mais il est non moins certain que beaucoup reviennent porteurs d'accidents tertiaires. Et pourtant beaucoup de ces malades venus consulter tout au début de l'affection, c'est-à-dire, dès les premiers jours de l'apparition du chancre, étaient placés dans des conditions telles qu'ils pouvaient guérir rapidement. En effet l'organisme n'était pas encore infecté et l'affection était alors purement locale: ultrapositif sur le chancre et Wassermann négatif dans le sang.

II. — Afflux de l'immigration étrangère.

L'afflux des étrangers venus en France après la guerre comme ouvriers dans les grandes entreprises industrielles, joue aussi un rôle important. Après les pertes effroyables en vies humaines au cours de la guerre, il a fallu pour restaurer les régions dévastées ou augmenter la production usinière faire appel à la main-d'œuvre

étrangère. Ainsi un véritable flot d'immigrants de toutes nationalités que l'on a pu évaluer à 8 millions a envahi la France. Parmi ces étrangers, dominent cependant les Arméniens, les Russes, les Italiens et surtout les Polonais et les Indigènes de l'Afrique du Nord. La plupart de nos hôpitaux sont plus ou moins envahis par ces hôtes indésirables. En effet, parmi les 254 syphilitiques hospitalisés dans les salles de la clinique du professeur Jeanselme à l'hôpital Saint-Louis, du 1^{er} janvier au 31 mars 1925, par exemple, on compte 204 français et 50 étrangers ou indigènes de l'Afrique du Nord, soit une proportion de 20 % d'étrangers.

Parmi les malades ambulants, c'est-à-dire ceux qui sont traités au dispensaire, la proportion d'étrangers est plus impressionnante encore.

En effet sur les 459 cas de syphilis récentes, observés au cours de l'année 1925, on relève 260 Français, 140 étrangers et 51 indigènes de l'Afrique du Nord; soit une proportion de 73 %.

Parmi les étrangers, les Polonais et les Italiens dominent. On trouve en effet 32 Polonais et 34 Italiens, le reste appartenant à des nationalités diverses.

Tous ces malades négligeant les plus élémentaires principes d'hygiène, vivant pour la plupart dans des refuges ou des taudis, sont des facteurs importants de l'augmentation de la syphilis.

En effet, une statistique de Lacapère faite du 1^{er} juillet 1916 au 1^{er} mars 1917 sur la population de la ville de Fez, au Maroc, donne les résultats suivants qui montrent les ravages causés par la syphilis dans les populations de l'Afrique du Nord.

Sur 295 Musulmans des deux sexes examinés, il trouve 108 cas de syphilis avouée et confirmée par des accidents.

Sur les 187 autres il trouve : 92 syphilis méconnues des malades et révélées par un Wassermann positif, 10 cas de syphilis douteuses et 85 résultats négatifs, c'est-à-dire 200 cas de syphilis certaine, soit donc une proportion de 68 %. « Si on ajoute à ce chiffre, dit l'auteur, celui des syphilis latentes et des syphilis héréditaires évaluées à 5 %, on arrive à une proportion de 73 %. Comme Fez possède 120.000 habitants, il y a donc environ 80.000 syphilitiques, c'est-à-dire les deux-tiers de la population.

Cette proportion formidable s'explique par le manque d'hygiène commun à tous les Arabes : vendeurs d'eau servant à boire dans le même récipient à tous les clients, usage de boire au même verre dans les familles, et de manger au même plat; d'où fréquence des chancre buccaux chez les Arabes, usage du rasoir par les coiffeurs en plein vent, etc., et aussi par l'indolence naturelle des populations qui ne consultent qu'aux grands accidents tertiaires, presque jamais avant, et qui ne se soignent pour ainsi dire point du tout. En effet Lacapère trouve en 9 mois : 4 cas de syphilis primaire, 88 cas de syphilis secondaire et 398 cas de syphilis tertiaire. De plus, c'est parmi ces gens que se rencontrent le plus de déserteurs du traitement.

Et l'afflux de ces immigrants n'a pas lieu seulement dans l'agglomération parisienne. Il est également très important en province. Toutes les agglomérations in-

industrielles importantes, tous les grands ports de mer : Lyon, Marseille, Lille, Nancy, fourmillent d'étrangers, qui parfois même forment de véritables villes au sein ou à côté de la cité française. Cet élément étranger, explique à lui seul l'augmentation de la syphilis dans certaines villes de province, comme Saint-Etienne où la majorité des syphilitiques sont correctement traités, également au Havre, où la syphilis et les autres maladies vénériennes suivent la même progression.

A Paris également, ils constituent à eux seuls une cause importante d'augmentation puisque, par exemple, l'augmentation du chancre mou est parallèle à celle de la syphilis. Le nombre des malades, traités pour chancres mous au dispensaire de l'hôpital St-Louis a plus que doublé en 3 ans.

On trouve 79 cas en 1923, 112 en 1924 et 169 en 1925. Parmi ce nombre se trouvent 51 étrangers ou indigènes de l'Afrique du Nord.

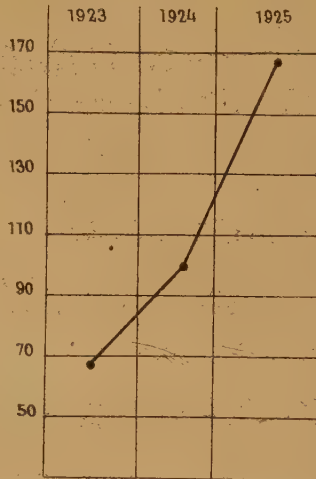
La marche du chancre mou au cours des années 1923 à 1925 est indiquée dans les graphiques IX et X.

III. — Augmentation de la prostitution.

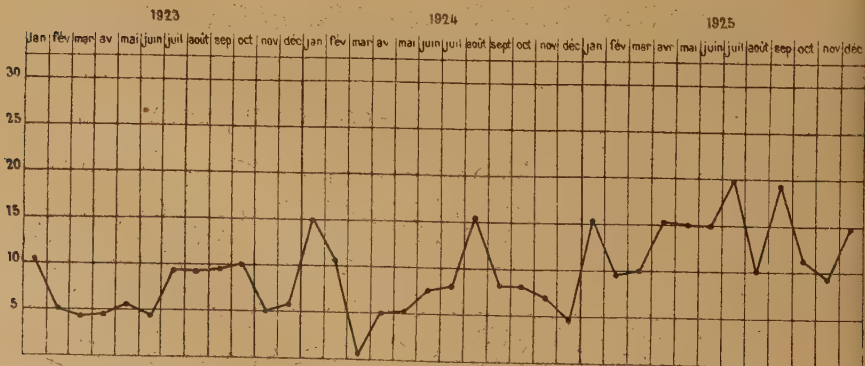
Il apparaît également que la prostitution contribue d'une manière sensible à l'augmentation des maladies vénériennes et de la syphilis, car certains pays à immigration active, comme la Belgique par exemple, voient les maladies vénériennes en décroissance.

En effet la prostitution a nettement augmenté de-

puis la guerre, et cette augmentation peut elle-même s'expliquer par plusieurs cause : une crise de moralité, des conditions économiques plus difficiles et surtout en raison de la réglementation actuelle.



Graphique IX. — Nombre annuel de chancres mous (1923-1925)



Graphique X. — Nombre mensuel de chancres mous (1923-1925)

Nous n'insisterons pas sur la crise de moralité qui est connue. Depuis la guerre, un beaucoup plus grand nombre de femmes se livrent à la débauche; de plus, les conditions économiques actuelles, la vie toujours plus chère et les salaires féminins étant pour la plupart nettement insuffisants, un nombre beaucoup plus élevé d'employées ou d'ouvrières, se livrent à la prostitution. Certes, beaucoup de ces femmes travaillent, même régulièrement, mais leur travail fini, elles se livrent à la prostitution, pour augmenter leurs ressources, ou pour subvenir à leurs goûts de luxe. Elles deviennent, non pas des prostituées officielles, contrôlées et visitées régulièrement par la Préfecture de police, mais des prostituées clandestines, beaucoup plus dangereuses, parce que non soupçonnées souvent et jamais ou presque jamais visitées. Ces deux catégories de prostituées sont également dangereuses.

Danger de la prostitution officielle.

Il n'existe, en France, aucun texte législatif suffisant sur la prostitution; celle-ci, pas plus que le racolage sur la voie publique ne constituant un délit. La prostitution ne peut constituer un délit : tout acte de la vie sexuelle, prostitution comprise, est l'exercice des droits que chacun possède, d'user et même d'abuser de sa personne. Les prostituées officielles sont divisées en deux catégories : femmes en cartes, et femmes se livrant à la prostitution dans des maisons spéciales, dites : femmes de maison. Les maisons ont soi-disant

pour but de localiser la prostitution et partant de la rendre moins dangereuse. Ces prostituées sont visitées officiellement à Paris par les soins de la Préfecture de police. La visite est, comme on l'a justement écrit, *la pierre angulaire* du système réglementaire. Or pour obliger les femmes inscrites à passer régulièrement une visite médicale, on se base à Paris, sur une antique ordonnance du préfet de police, et en province, sur des arrêtés des maires, faisant fonction d'officiers de police; mais le plus souvent ces visites sont inexistantes. Une femme qui se sent malade, ne se présente pas à la visite, elle continue son métier, ou même change de localité, et si plus tard elle est visitée elle a eu le temps de contaminer de nombreux clients. De plus les visites médicales se font à jour et heure fixes; aussi le médecin ne trouve-t-il presque jamais une femme malade, car celle-ci, soit d'elle-même, soit sur les conseils d'une camarade plus experte a eu le temps de maquiller ses lésions, ou bien de quitter la maison, la veille de la visite. C'est absolument comme si un commissaire devant perquisitionner chez un individu, le prévient du jour et de l'heure de sa venue. Autrefois encore, la carte des filles visitées portait leur photographie; actuellement, ceci n'est plus obligatoire, si bien qu'une fille peut passer la visite à la place d'une autre; donc plus de contrôle possible. D'autre part, la police des mœurs fait souvent montre d'immoralité administrative (rendez-vous fixés à la femme pour se faire arrêter). On voit dans ces conditions que les prostituées officielles ne constituent pas une garantie de sauvegarde contre les maladies vénériennes.

Danger de la prostitution clandestine.

Mais ce sont les insoumises qui sont les plus dangereuses; elles pullulent dans tous les lieux publics, bars, cafés, brasseries, hôtels borgnes, music-halls, etc.

Différentes statistiques, françaises ou étrangères, montrent que le plus grand nombre de cas de maladies vénériennes, constatés chez les prostituées, se trouvent dans cette catégorie. Déjà en 1912, une statistique de Butte, montre le danger de cette classe de prostituées. Sur 16.472 visites de filles en maison, on n'a trouvé que trois cas de maladies vénériennes et pas un seul cas de syphilis. Sur 50.848 visites de filles soumises et visitées régulièrement, on n'a trouvé que 46 cas de syphilis et 46 cas de maladies vénériennes. Par contre, sur 5.041 insoumises, on a trouvé 243 cas de syphilis et 752 cas de maladies vénériennes. Cette statistique est déjà édifiante. Mais la prostitution clandestine a encore augmenté; nous l'avons vu depuis la guerre; aussi les docteurs Bayet et Bernard de Bruxelles donnent-ils comme sources de contamination : le premier, 52 % de clandestines, contre 6,7 % d'officielles et le second, 50 % pour les clandestines et zéro pour les officielles.

A Paris, au Dispensaire de salubrité, on trouve par exemple pour le mois d'août 1925, les chiffres suivants :

Nombre de femmes visitées	Femmes en maison	Femmes en carte	Femmes arrêtées	Insou- mi- ses	Total
	1.359	3.102	3.932	285	8.678
Femmes reconnues ma- lades.					
Lésions syphilitiques contagieuses	0	4	7	22	33
Affections non syphili- tiques	0	6	14	34	54
Total	0	10	21	56	87

Cette statistique montre qu'à côté des 1.359 femmes de maison et des 3.102 femmes en carte qui se sont présentées bénévolement à la visite, les médecins du Dispensaire ont examiné 3.972 femmes en carte arrêtées par la police. Ce chiffre, qui paraît énorme, se réduit en réalité à peu de choses car si, théoriquement, ces femmes ont été arrêtées pour infraction à la loi sur le racolage sur la voie publique, en réalité elle ont été arrêtées par les agents des mœurs qui leur avaient fixé un rendez-vous, convenu d'avance. (Condé). D'ailleurs ces femmes ne comprennent pas parmi elles de syphilitiques nombreuses : 0,17 % en 1925 pour le mois d'août. Mais ce sont là encore les insoumises qui sont les plus dangereuses, puisque sur le chiffre ridiculement petit de 285 femmes, comparé aux milliers de prostituées clandestines qui circulent dans Paris, on trouve cependant 22 cas de syphilis et 34 cas de maladies vénériennes, ce qui donne un pourcentage de 9,5 % pour les femmes atteintes d'accidents syphilitiques contagieux.

Veut-on une autre preuve? Le tableau suivant montre le mode de contamination observé chez les malades hommes traités au dispensaire Bazin, de la Clinique du Professeur Jeanselme à St-Louis :

Femmes racolant sur la voie publique	41 %
Femmes de maison	4 %
Femmes de chambre, domestiques	13 %
Artistes, danseuses	6 %
Filles de salle, de restaurant, cuisinières ...	13 %
Ouvrières d'usine	3 %
Vendeuses de magasin, couturières	4 %
Femmes légitimes ou illégitimes	16 %

Pour sa défense, la police fait remarquer que si elle peut quelque chose contre les femmes racolant sur la voie publique (ordonnance préfectorale) elle est impuissante en ce qui concerne les prostituées racolant dans les lieux publics (music-halls, cafés, etc.), c'est-à-dire contre les clandestines, car les lois sont actuellement insuffisantes.

Insuffisance des lois.

En effet : par exemple, prenons la loi du 1^{er} octobre sur l'ivresse publique. L'article 10 permet bien de poursuivre le tenancier d'un débit de boissons alcooliques, si son établissement contient habituellement des femmes se livrant à la prostitution.

Cet article est ainsi conçu :

Art. 10. — « Tous cafetiers, cabaretiers, tenanciers de café
« concerts et autres débitants de boissons à consommer sur
« place, qui en employant ou en recevant des femmes de dé-
« bauche, ou des individus de mœurs spéciales, pour se livrer
« à la prostitution dans leur établissement ou dans les locaux
« y attenant, auront excité ou favorisé la débauche seront
« condamnés à un emprisonnement de six jours à dix mois
« et à une amende de 50 fr. à 500 fr. Ces peines pourront être
« portées au double si les femmes de débauche ou les individus
« de mœurs spéciales appartiennent à la famille du délinquant.
« Les coupables seront déchus pendant 5 ans de leurs droits
« politiques. La fermeture définitive du débit sera ordonnée
« par jugement. »

Mais le plus souvent cette loi n'est pas appliquée du tout, ou bien les poursuites arrêtées par des influences politiques avant que la procédure ait suivi son cours et l'affaire est arrêtée.

Quant aux hôtels meublés, aux chambres garnies, seule une ordonnance du Préfet de Police du 15 février 1910 interdit aux logeurs, sous peine de contravention, de recevoir des filles de débauche pour s'y livrer à la prostitution. Mais la mesure et la sanction sont illusoires, car si on ordonne une descente de police et si on constate une infraction à l'ordonnance on ne peut même pas fermer la maison et le lendemain le tenancier continue.

Il en est de même de certains hôtels situés aux environs des grandes gares où l'on offre au voyageur, un lit garni, la « garniture » étant, en l'espèce, une employée de la maison (femme de chambre, servante, etc.) ou même une prostituée clandestine.

Quant au racolage, si la police peut quelque chose contre le racolage sur la voie publique, elle est impuissante contre le racolage éhonté qui se voit dans certains grands cafés ou certains grands musics-halls. Le Préfet de Police peut prescrire, il est vrai, des descentes de police en vertu de l'article 10 et de la loi du 15-22 juillet 1791 qui autorise les officiers de police : « à entrer en tous temps dans les lieux notoirement livrés à la débauche ». Mais si la police usait de ce droit, elle soulèverait dans la presse, les syndicats corporatifs, un *tolle* général.

Depuis la crise des logements, on ne donne plus à Paris l'autorisation d'ouvrir de nouvelles maisons de rendez-vous et la police défend l'insertion d'annonces dans les journaux spéciaux. Il faudrait être bien naïf pour croire que ces prescriptions ne sont pas tournées. On assiste actuellement à une floraison de maisons clandestines où les femmes ne sont naturellement pas soumises à une visite périodique, et si l'on ne prend des mesures contre cet état de choses, de nombreuses contaminations sont à redouter.

On peut déduire de tout ceci, qu'en France, la lutte contre la prostitution n'a mis entre les mains de la police que des armes désuètes et que les résultats obtenus sont inexistantes. Les raisons de ce fait peuvent se ramener à trois : 1° Caractère facultatif des prescriptions ministérielles, des ordonnances de police et mauvais vouloir des municipalités. En effet, les circulaires 57 de juin 1917, 71 du 20 mai 1919 et 72 du 1^{er} janvier 1919 ne sont pas appliquées. Les municipalités font

comme elles l'entendent, et le nombre est infime de celles qui les appliquent. 2° La lenteur d'exécution des projets ministériels, et enfin 3° leurs lacunes : cartes de prostituées avec photographie facultative, défaut d'œuvres de relèvement, etc.

Les conclusions à tirer de ces faits sont que la réglementation actuelle doit être améliorée. L'insuffisance des résultats obtenus par la réglementation actuelle est un des arguments invoqués par les abolitionnistes pour demander la suppression de la réglementation. Ils invoquent également des arguments moraux.

La réglementation est immorale, car elle consacre l'avilissement de la femme, la corruption de la jeunesse et le vice autorisé.

La réglementation consacre la déchéance de la femme, car elle en fait une véritable marchandise et permet ainsi la traite des blanches. Jeunes et jolies, les prostituées sont affectées à des maisons de premier choix, destinées à une clientèle choisie, puis lorsqu'elles sont un peu fanées, elles passent dans des maisons de second ordre, et ainsi, de déchéance en déchéance, elles arrivent à être versées dans les voitures spéciales qui suivent nos armées coloniales en Syrie et au Maroc, en butte quelquefois à la bestialité des soldats indigènes.

Elle consacre également la corruption de la jeunesse, puisqu'elle semble inviter les jeunes gens à la débauche, et par l'existence de maisons spéciales, et par la création de la carte qui donne à ces jeunes gens la certitude trompeuse de ne rien attraper.

De plus, certains décrets même sont immoraux : comme cet article 97 de la loi de 1884 qui permet de considérer comme prostituée : toute fille rencontrée en compagnie de filles publiques.

Pour toutes ces raisons on a pu dire de la réglementation qu'elle est *inutile, dangereuse, arbitraire, illégale, antisociale et injuste.*

IV. — Causes d'ordre médical.

A toutes ces causes, s'ajoutent malheureusement des causes imputables au corps médical.

C'est d'abord l'absence d'une doctrine médicale commune. Plusieurs médecins consultés par un même malade ont très souvent un diagnostic différent.

Mais les causes les plus importantes sont, l'ignorance des praticiens en matière de syphiligraphie et l'abandon quasi-complet des injections arsenicales intra-veineuses.

Ignorance des médecins.

Beaucoup de médecins ne savent pas reconnaître la syphilis dans ses diverses manifestations ou bien la reconnaissent insuffisamment. Ils savent reconnaître un chancre, une roséole, manifestations classiques, mais que le siège ou la forme du chancre soit un peu anormaux, que la roséole ou les autres accidents cutanés soient un peu atypiques, l'erreur est souvent com-

mise. Quelquefois la syphilis est soupçonnée du praticien, mais un Wassermann négatif fait trop précocement le rassure. Trop de médecins ignorent encore ce qu'il faut demander au laboratoire et comment il faut interpréter les résultats. Nous pouvons citer comme exemples typiques les 3 observations suivantes :

Observation I

M. M. P., âgé de 30 ans, se présente au dispensaire de la Faculté le 8 février 1926.

Le malade vient consulter pour une grosseur, un petit bouton, situé sur le côté droit de la lèvre inférieure. La date d'apparition de ce bouton est aux dires du malade le 10 décembre 1925, soit environ deux mois auparavant. Ce bouton serait également consécutif à une coupure de rasoir faite par le coiffeur.

A l'examen, on remarque sur la lèvre inférieure une surface indurée, large comme une pièce de cinquante centimes environ, à bords nettement délimités. Il existe une adéno-pathie sous-maxillaire droite considérable. Peu d'adéno-pathie à gauche.

L'examen du corps et des membres ne montre rien de spécial. En présence de cette ulcération, nous posons immédiatement le diagnostic de chancre syphilitique. Le W. est franchement positif H : 0. Le malade est immédiatement mis au traitement.

Or ce malade avait auparavant consulté en ville : 12 jours après le début de l'accident. Le médecin consulté fait faire immédiatement un Wassermann qui, naturellement est négatif, puisque l'accident ne date que de 12 jours, puis, rassuré, traite successivement le malade par :

23 décembre 1925 : autoplasmе Langlebert, pommade de Reclus, poudre d'Aniodol.

29 décembre 1925 : eau d'Alibour, pommade à la résorcine.

8 janvier 1926 : alcool iodé.

21 janvier : pommade fondante Raspail.

28 janvier : sirop de salsepareille ioduré Raspail.

2 février : pansements humides chauds et pommade camphrée.

L'examen à l'ultra-microscope n'a jamais été pratiqué. A cette date, 2 février, le malade est atteint d'iritis, pour lequel il va consulter un oculiste qui pose le diagnostic de syphilis et lui conseille de consulter à l'hôpital St-Louis.

Comme on le voit, le Wassermann n'a été fait qu'une fois au début; on n'a jamais songé à le refaire devant la persistance des lésions et la recherche *in loco* du tréponème n'a jamais été faite.

Pendant les deux mois qu'a duré le traitement en ville, combien cet homme a-t-il pu contaminer de personnes?

Observation II

Une femme de 25 ans, vient consulter pour des taches rouges, surélevées du front, attribuées par elle à une intoxication par l'injection intra-veineuse faite par son médecin. Elle raconte l'histoire suivante :

Il y a deux mois, elle a eu un mal de gorge qui fut étiqueté angine de Vincent de l'amygdale droite. Le médecin traitant fit faire 8 jours après le début de la maladie, un Wassermann qui fut trouvé négatif, et un examen des fausses membranes amygdaliennes qui montra des fusospirilles. Le diagnostic d'angine de Vincent paraissant confirmé, le médecin fit une injection intra-veineuse de 914 qui amena une amélioration rapide des lésions. On continua par des applications locales de 914 en poudre.

Or il s'agissait en réalité d'un chancre syphilitique de

l'amygdale qui fut suivi de syphilides papuleuses du front, prises par la malade pour une intoxication.

Le médecin traitant qui croyait avoir fait un diagnostic exact, s'était au contraire trompé, parce qu'il ignorait les notions les plus élémentaires de laboratoire. Le Wassermann fait huit jours après le début du chancre ne pouvait donner qu'un résultat négatif. Le frottis ou l'ultra-microscope des détritits superficiels souvent nécrosés du chancre amygdalien donne toujours des fuso-spirilles. C'est profondément qu'il faut chercher le tréponème.

On voit donc comment des notions de laboratoire mal interprétées par un médecin pourtant consciencieux ont pu conduire dans ce cas à une erreur de diagnostic.

Observation III

J. P., âgé de 35 ans, se présente à la consultation porteur depuis un mois de syphilides papuleuses des deux mains. Sur le front et la face le malade présente des syphilides papuleuses impétiginisées, particulièrement au front, au nez et surtout au menton. Il y a quelques éléments sur le dos. On remarque des fissures commissurales des lèvres et des plaques muqueuses linguales et amygdaliennes.

A l'interrogatoire le malade déclare avoir eu 3 mois auparavant, une ulcération de la verge avec adénopathie inguinale.

A l'examen, on retrouve une cicatrice de chancre typique avec adénopathie inguinale bilatérale.

Il s'agit donc d'un malade porteur de syphilides secondaires typiques. Or, dès le début de ses accidents cutanés, le malade est allé consulter un spécialiste qui, devant les lésions impétiginiformes du menton, le traite pour staphylococcie. Il reçoit donc plusieurs injections sous-cutanées de vaccin anti-staphylococcique et localement, on lui pres-

crit des pansements à l'eau d'Alibour, puis à la pommade inotyol. Le Wassermann n'a jamais été fait, si ce n'est à son arrivée à l'hôpital et il est très nettement positif. Mis au traitement arsénical les lésions disparaissent dès la quatrième injection.

Encore un cas où on n'a jamais pensé à la syphilis.

Il ne faudrait pas croire que ces faits soient des exceptions. Il ne se passe pas de mois où l'on ne constate à St-Louis des erreurs de diagnostic aussi énormes. Beaucoup de médecins, devant des malades atteints de lésions tertiaires variées, pensent à la syphilis, mais rejettent ce diagnostic et ne font pas de traitement parce que le Wassermann est négatif. En effet, la plupart des médecins croient encore à l'équation : $W + =$ Syphilis et $W - =$ pas de syphilis. Or, dans 50 à 75 % des syphilis tertiaires même en activité, le Wassermann est négatif. C'est donc une faute grave que de refuser à ces malades le bénéfice du traitement spécifique sous prétexte que le Wassermann est négatif.

Trop souvent aussi des affections non syphilitiques sont prises pour de la syphilis. Que de fois ne voit-on pas des pityriasis rosés, des para-psoriasis en gouttes, des eczémas séborrhéiques étiquetés syphilis secondaires, des lichens plans de la bouche pris pour une leucoplasie syphilitique et traités comme tels.

Enfin à la campagne, la syphilis viscérale est le plus souvent méconnue et l'absence de laboratoires ne permet pas d'infirmer ou de confirmer le diagnostic.

Abandon des injections intra-veineuses arsenicales.

Les arsénobenzènes qui constituent la médication la plus rapide et la plus énergique de la syphilis ont été abandonnés par beaucoup de praticiens, sinon par tous, à cause de la difficulté parfois réelle de leur injection mais surtout en raison des accidents auxquels ils peuvent exposer. Pour beaucoup de médecins la ponction ou l'injection intraveineuse sont de petites opérations qu'ils ne pratiquent pas couramment et qu'ils renoncent à faire dans la crainte de l'insuccès et de perdre leurs clients. Pour la ponction lombaire, c'est encore pis, on ne la pratique jamais. Aussi, dans toute la France, à Toulouse, à Marseille, à Rouen, à Lille, à Lyon, l'abandon du traitement arsenical, comme traitement d'attaque de la syphilis est général. Même les injections intra-musculaires d'huile grise sont abandonnées. La plupart des praticiens se rejette actuellement sur le traitement par le bismuth, quinby, curalguès, etc., en raison du peu de risques qu'il offre, de sa technique d'injection plus facile et aussi de son prix moins élevé que les malades peuvent plus facilement supporter.

Et pourtant le traitement par le bismuth a été loin de réaliser les espérances placées en lui à son début.

C'est en 1921 que MM. Fournier et Guénot confirment par leurs observations cliniques, les recherches expérimentales de MM. Sazerac et Levaditi sur l'action du bismuth dans la syphilis, et c'est en 1921 que la

syphilis jusque là en déclin, à tendance à demeurer stationnaire¹.

Nous ne méconnaissons pas la valeur du bismuth dans le traitement de la syphilis; mais il doit être dans la plupart des cas, sauf celui d'intolérance aux arsénobenzènes, abandonné comme traitement d'attaque de la syphilis.

Il peut cependant rendre de grands services dans le traitement des cas de syphilis anciennes.

Si à l'étranger (Belgique, Espagne), la syphilis a diminué, les syphiligraphes autorisés estiment que cette diminution est due pour une grande part à l'action stérilisante des arsénobenzènes.

1. Jeanselme et Burnier, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 9 mars 1926.

COMMENT LUTTER CONTRE LA SYPHILIS

La lutte contre la syphilis devra être menée vigoureusement dans tous les milieux et s'adresser surtout aux causes principales d'augmentation de la syphilis.

Nous étudierons successivement la lutte dans l'armée, dans la population civile, à la ville et à la campagne.

Il importe que le Parlement vote sans retard avec les crédits nécessaires à la lutte, certaines lois nécessaires, dirigées contre l'immigration étrangère, et contre la réglementation actuelle qu'il importe de réformer de fond en comble, et ensuite des lois accessoires que nous étudierons plus loin.

Enfin, la prophylaxie sociale des maladies vénériennes, devant consister surtout dans la stérilisation des porteurs de germes, la lutte sera aussi surtout d'ordre thérapeutique et médical.

La lutte contre la syphilis dans l'armée.

C'est dans l'armée que la lutte peut être entreprise immédiatement avec le plus de chances de succès pour une triple raison : discipline, faculté d'organisation et moyens de coercition. C'est dans l'armée que la lutte contre la syphilis peut avoir des résultats immédiats et intéressants.

Pendant la guerre déjà cette lutte avait été entreprise. On créa des centres et sous-centres dermatologiques, des ambulances spéciales. Malheureusement, les hommes indispensables en première ligne furent traités insuffisamment et irrégulièrement. Un médecin ne se vit-il pas alors refuser l'hospitalisation de soldats porteurs de lésions contagieuses? De plus, les formations créées qui eussent pu rendre de grands services à la démobilisation pour la lutte contre la syphilis dans la population civile furent abandonnées ou supprimées dès l'armistice, si bien que la lutte est à reprendre en entier. On pourra la mener sous trois angles différents :

Propagande par conférences, tracts, affiches, etc.

Création de stations prophylactiques.

Distribution gratuite de nécessaires prophylactiques et traitement obligatoire.

Propagande.

Celle-ci peut s'exercer avant le départ au régiment et après l'arrivée au corps.

Avant le départ. — On peut avertir le jeune soldat des dangers auxquels il sera exposé, par une conférence faite au moment du conseil de révision. Ces conférences pourraient être organisées par le corps du service de santé militaire, dans les villes ou chefs-lieux de canton, où se tient le conseil de révision, à l'issue de celui-ci par exemple.

On joindra à ces conférences, la propagande par l'envoi de tracts individuels pouvant être facilement

jointes à la convocation d'appel, par des affiches apposées dans les communes et adressées aux jeunes soldats.

A l'arrivée au Corps. — Conférences aux jeunes soldats dans un local spécial, facile à trouver dans une caserne, réfectoires, chambrées, salle de manège, etc. Ces conférences pourront être accompagnées de projections cinématographiques dans lesquelles on traitera surtout des sujets pouvant frapper l'imagination des recrues, comme par exemple des vues montrant des lésions causées par la syphilis : chancres, éruptions syphilitiques diverses, gommès, etc. Dans ces conférences, on pourrait faire également un très court exposé de ce qu'est la syphilis, des moyens de prophylaxie générale et individuelle. Ces conférences pourraient être rendues obligatoires pour les soldats par certaines mesures, comme l'interdiction de sortir en ville avant d'y avoir assisté.

On pourrait renforcer l'action de ces conférences par la création de musées avec moulages montrant les lésions de la syphilis à ses différents stades.

Enfin, à la caserne aussi s'impose la distribution de tracts individuels, l'apposition d'affiches explicatives au mur des chambrées, des réfectoires et invitant le soldat à prendre les précautions indispensables avant toutes relations avec une prostituée, l'incitant à aller à la visite dès l'apparition d'une lésion suspecte, l'assurant d'un bon accueil et non d'une punition comme autrefois.

Création de stations prophylactiques

On créera des stations prophylactiques où le soldat devra se présenter dans les heures qui suivent le coït et être désinfecté. On pourra pousser à cette visite par la promesse de récompenses sous forme de permissions ou même la rendre tout à fait obligatoire par la menace d'une sanction disciplinaire.

Les stations prophylactiques seraient un des moyens les plus puissants d'enrayer la marche de la syphilis dans l'armée et même de la faire disparaître complètement.

Elles ont été utilisées dans l'armée américaine pendant la guerre, avec d'excellents résultats dans les conditions suivantes :

Dans les 3 heures qui suivaient le coït, chaque soldat devait obligatoirement se présenter à la station où il recevait les soins suivants :

Savonnage soigneux des organes génitaux; injection intra-urétrale de protargol et onction avec une pommade au calomel à 30 %.

Quels sont les résultats obtenus? C'est ce que nous montre l'édifiante statistique suivante due à Riggs.

On remarquera que plus la visite était rapprochée de l'heure à laquelle avaient eu lieu les rapports sexuels moins il y avait de cas de maladies vénériennes.

Heures après le rapport sexuel	Nombre de traitements	Nombre d'injections	Pourcentage
1	1.180	1	0,08
2	1.172	7	0,19
3	521	4	0,77
4	330	2	0,61
6	199	3	1,57
6	321	5	1,58
7	277	6	2,27
8	390	16	4,22
9	283	10	3,56
10	214	11	5,14
plus de 10	316	16	7,40
Total	5.013	81	1,58

On peut remarquer que le nombre des malades est insignifiant si les soins sont donnés dans les six premières heures qui suivent le rapport, mais que la proportion s'élève beaucoup à partir de la 6^e heure.

Ces stations prophylactiques peuvent donc rendre des services : malheureusement, le soldat français répugne à s'y présenter et les quelques stations établies pendant la guerre à l'intérieur n'ont guère été fréquentées.

*Distribution gratuite de médicaments et nécessaires
de prophylaxie.*

Enfin il y aura lieu de distribuer aux soldats des nécessaires prophylactiques de poche. Ceux-ci devant être peu encombrants et contenir les objets suivants :

cinq ou six préservatifs en caoutchouc, un tube de pommade au calomel à 30 %, du savon de Marseille, un étui à protargol avec bouchon mesure, une seringue à injection uréthrale; à ces objets sera jointe une notice indiquant la manière de s'en servir, et des conseils invitant le soldat à exiger de la prostituée des soins hygiéniques avant le rapport, l'incitant à faire un savonnage soigneux de ses organes génitaux et à prendre une injection vaginale antiseptique.

Enfin, l'invitation à réclamer la carte à la prostituée peut être une excellente mesure. M. Gougerot démontre en effet qu'à Thouars, sur 1.200 hommes, avant l'invitation à réclamer la carte, il y avait 4 cas de syphilis par mois, alors qu'après cette invitation aucun cas ne fut constaté.

Généraliser l'emploi du carnet de traitement pour que les hommes se fassent traiter en ville lors de leur envoi dans leur foyer.

A côté de ces mesures, liées à la lutte antisiphilitique, il importe d'essayer de retenir le soldat à la caserne, par la création et la multiplication de foyers du soldat, avec salles de lecture, de jeux, de spectacles, etc.

La lutte contre la syphilis dans la population civile.

Elle se fera également sous forme de propagande, depuis le jeune âge, jusqu'à l'âge adulte. Cette propagande pourra se faire suivant la méthode adoptée par

la *Ligue nationale contre le péril vénérien* qui semble avoir déjà donné de bons résultats.

1° *Chez les jeunes gens.*

Elle se fera dès l'école et dans les établissements d'enseignement supérieur.

A l'école. — La campagne antivénérienne peut s'exercer sous forme de conférences faciles à suivre, apprenant aux enfants les notions élémentaires d'hygiène, la propreté corporelle, leur indiquant qu'il ne faut pas boire dans le même verre qu'un camarade, etc. On pourra faire également un petit cours qui, sans aborder la question de la syphilis et des maladies vénériennes, traitera des maladies infectieuses courantes et de la manière de s'en préserver. On pourra renforcer l'action de ces conférences par de petites historiettes faciles à lire, montrant le danger de ces maladies, par des projections, etc.

Dans les établissements supérieurs. — Cette question a été fréquemment soulevée. Dès le 10 mai 1901, la *Société de prophylaxie sanitaire et morale* mettait à l'étude la question suivante : Doit-on éclairer les élèves des classes supérieures sur les dangers des maladies vénériennes, et comment ? En 1905, le professeur Augagneur émet le vœu que des conférences sur les caractères et les dangers des maladies vénériennes soient faites par des médecins, aux élèves de la classe la plus élevée des établissements d'instruction. L'accord n'a

pu se faire sur la qualité de ceux qui seraient aptes à donner cet enseignement. Le professeur de philosophie n'est pas particulièrement qualifié, et le père de famille est le plus souvent gêné pour aborder ce sujet. C'est plutôt au médecin de l'établissement à faire ces conférences. Un vœu de voir cet enseignement donné, fut émis en 1919 par la *Société de prophylaxie sanitaire et morale*; malheureusement il ne semble pas qu'il ait été suivi de décision d'ordre pratique. Il importe au plus tôt de faire donner cet enseignement. Ainsi se trouvera réalisé le programme d'enseignement sexuel à deux degrés préconisé par certains auteurs.

La question sera un peu plus délicate à traiter dans les établissements d'enseignement supérieur de jeunes filles. Cependant avec du tact cet enseignement est possible (et il a été fait) sous forme de conférences traitant de l'anatomie, de la physiologie et de l'hygiène féminines.

Enfin un mode d'action puissant pour lutter contre la syphilis, c'est le développement de la pratique des sports.

Le sport qui par l'émulation qu'il engendre, le désir forcené de faire triompher à tout prix la petite patrie, le clocher, impose aux jeunes gens une discipline et une chasteté rigoureuses; tels ces athlètes scandinaves qui ne vivent que pour le sport qu'ils ont élu. Enfin l'attraction du sport est très grande sur les masses.

° La lutte contre la syphilis chez les adultes.

La lutte devra porter surtout dans les milieux ouvriers qui, bien qu'éclairés, sont réfractaires à la lutte contre les maladies vénériennes. Le Dr Azoulay ayant créé en effet pendant la guerre un dispensaire anti-syphilitique dans une usine n'y vit pour ainsi dire venir personne. On devra lutter à la fois contre la syphilis et l'hérédo-syphilis.

Cette lutte se fera surtout par la création de dispensaires.

On peut créer deux sortes de dispensaires : soit extra, soit intra-hospitalier. Entre les deux, la préférence doit être donnée au second, car le premier est mauvais, il est dénonciateur, alors que le second présente de multiples avantages : il n'est pas dénonciateur, il ne change pas les habitudes de la population habituée à venir consulter à l'hôpital, et de plus il permet de diriger immédiatement les malades sur le service spécialisé de l'hôpital et permet ainsi la consultation à deux degrés. Ces dispensaires devront être généralisés et fonctionner à peu près constamment. Les heures d'ouvertures doivent être en effet calculées de telle manière que les plus grandes facilités soit accordées aux malades pour leur traitement.

A ces dispensaires pour traitements d'adultes devront être joints des dispensaires destinés uniquement à la lutte contre l'hérédo-syphilis. Ceux-ci devront avoir le même fonctionnement que les premiers et être

annexés de préférence aux maternités d'hôpitaux où ils pourront rendre les plus grands services.

Ces dispensaires qui sont maintenant au nombre de 254 au lieu de 239 en 1924 ont encore besoin d'être augmentés et il faut en doter toute ville d'au moins 10.000 habitants.

Faut-il rattacher à ces dispensaires des infirmières visiteuses comme aux dispensaires anti-tuberculeux ? La question est délicate. L'infirmière visiteuse du dispensaire anti-tuberculeux est admise, mais l'infirmière-visiteuse du dispensaire anti-syphilitique peut être dénonciatrice et ses visites pourraient amener des complications dans la vie conjugale des malades. Leur création ne s'impose donc pas et le dispensaire reste à notre avis le seul moyen efficace de lutte.

A côté de ces dispensaires et pour engager à les visiter, la propagande devra être intensifiée, propagande par conférences, tracts, affiches analogues à celles apposées un peu partout pour lutter contre la tuberculose, pièces de théâtre éducatrices, comme *l'Avarié*, de Brieux ou *le Mortel baiser*, qui eut en Belgique plus de 300 représentations.

Enfin les pouvoirs publics ont un grand rôle à jouer. C'est à eux qu'il importe de prendre les mesures nécessaires à la lutte par le vote d'un budget spécial et par la création de certaines lois : lois sur l'immigration restreignant celle-ci, et imposant aux immigrants une visite sanitaire rigoureuse dans les ports et aux frontières; internement des immigrants porteurs de lésions contagieuses.

Suppression des réclames des grands journaux et leur remplacement par des articles éducatifs et l'indication de l'adresse des dispensaires d'hôpitaux et de leurs heures d'ouverture;

Distribution gratuite de médicaments aux indigents;

Traitement gratuit de ceux-ci au cabinet des médecins, ceux-ci étant indemnisés par l'état.

Création du certificat de mariage pour assurer aux jeunes époux une descendance saine.

Cette lutte a été menée avec une vigueur toute spéciale en Belgique :

La prophylaxie des maladies vénériennes, dit le Pr Bayet, doit consister en première ligne dans la stérilisation des porteurs de germes; en conséquence, elle doit être avant tout d'ordre thérapeutique.

Ce principe a été admis au lendemain de la guerre par le gouvernement belge, ému des progrès de la syphilis qui avait envahi les parties les plus reculées du royaume.

Pour appliquer ce principe, le Conseil supérieur d'hygiène estima que la prophylaxie ne sera efficace que si elle a pour elle la collaboration volontaire et éclairée du corps médical tout entier. Le Gouvernement distribua alors gratuitement les médicaments à tout malade atteint de syphilis et paya les frais du traitement aux médecins qui l'appliquent; il intervint en outre dans les frais d'aménagement et de fonctionnement des dispensaires antivénériens.

La *Ligue nationale belge contre le péril vénérien* aida puissamment à l'action gouvernementale. La ligue, grâce à une publicité intense, signala au public les dangers de la syphilis. En 3 ans, elle disposa de 100 conférenciers qui donnèrent 2.250 conférences devant un public de 562.500 personnes; elle patronna des représentations théâtrales et cinématographiques;

elle apposa 34.900 affiches, distribua 918.770 tracts et brochures et 120.000 cartes de propagande. En somme elle atteignit près d'un million et demi de personnes.

La conséquence de cette lutte a été la régression régulière et progressive de la syphilis en Belgique. Toutes les statistiques des divers hôpitaux et dispensaires belges s'accordent sur ce point : le nombre des contaminations récentes diminue d'une façon considérable; en certains endroits même, on ne voit plus de chancres. Et quand on en observe, ils sont le plus souvent d'origine étrangère.

Dans l'armée, les statistiques, montrent que depuis 1921 la syphilis récente a diminué régulièrement et progressivement, au point d'atteindre actuellement un pourcentage insignifiant.

En résumé, grâce à la coordination de 3 facteurs : *l'action stérilisante des arsenicaux, l'action du Gouvernement dans l'organisation de la campagne contre la syphilis et l'action de la propagande faite par la Ligue belge contre le péril vénérien*, la syphilis est en train de disparaître en Belgique.

A la campagne. — Création de dispensaires dans les grandes villes, affiches, tracts.

Peut-être pourrait-on également créer pour les campagnes éloignées des dispensaires ambulants qui ne seraient point révélateurs et ne porteraient pas atteinte aux intérêts des praticiens.

Renforcer enfin la création de laboratoires avec outillage moderne.

Nous donnons d'ailleurs ci-dessous le programme détaillé de lutte adopté le 22 décembre 1925 par la commission de prophylaxie des maladies vénériennes.

**Comment doit être conduite
la lutte contre les maladies vénériennes**

*Programme détaillé de lutte adopté le 22 décembre 1925 par
la Commission de Prophylaxie des maladies vénériennes.
(Rapporteur Dr Cavaillon, adjoint technique à la Direc-
tion de l'Assistance et de l'Hygiène publiques.)*

La lutte contre les maladies vénériennes doit être menée simultanément contre la syphilis acquise et contre l'hérédosyphilis, contre la syphilis proprement dite et contre les autres maladies vénériennes, particulièrement la blennorragie. Elle doit comprendre des mesures tendant : à préserver par un traitement aussi prolongé que nécessaire des graves conséquences lointaines, personnelles ou héréditaires de la syphilis, le syphilitique blanchi, mais non guéri. Il faut prévoir également des mesures tendant à atténuer le péril grave que constituent au point de vue vénérien l'immigration et la prostitution.

Il faut enfin avertir la population du fléau vénérien, lui indiquer comment se préserver de la contagion, comment combattre le mal si l'on en est atteint.

Ces considérations rapides indiquent comment l'armement antivénérien doit être constitué, étant bien entendu que les indications données ci-dessous, si précises qu'elles soient, ne peuvent être que des indications d'ordre général; les modalités de création, d'organisation, de fonctionnement, des divers services devant dans chaque cas être adaptées aux conditions locales, étant bien entendu également que les dérogations qu'il peut y avoir en conséquence lieu d'apporter aux conditions ci-dessous devront dans chaque cas avoir été approuvées par l'administration centrale.

I. — Dispensaires antisiphilitiques.

Localités. — Des dispensaires antisiphilitiques doivent être créés partout où une agglomération suffisamment importante le justifie : villes ou groupement de villes de dix mille habitants au minimum. Des dispensaires peuvent être créés dans des agglomérations moins importantes (5 ou 6.000 habitants) mais seulement si la nature de la population le rend nécessaire, notamment centres ouvriers ou agricoles pouvant servir de centre d'attraction pour les campagnards.

Locaux. — Au minimum :

1 salle d'attente

1 déshabilleur

1 salle d'examen et de traitement

des lits de repos

1 fichier.

de préférence :

des salles d'attente séparées hommes et femmes;

des déshabilleurs séparés distincts, hommes et femmes;

1 salle d'examen;

1 salle de traitement;

1 salle pour lits de repos;

1 cabinet pour l'ultra-microscopie;

1 fichier.

Pour les villes de 40.000 habitants et plus, il y a lieu de prévoir :

2 salles d'attente hommes et femmes;

des déshabilleurs;

1 salle d'examen;

1 salle de piqûres;

1 salle de traitement avec aménagement pour le traitement antibleunorragique;

- 1 salle pour lits de repos;
- 1 salle pour l'infirmier, avec archives, fichiers.
- 1 laboratoire avec ultra-microscope.

Emplacement des locaux. — Ceux-ci peuvent être suivant le cas :

- Dans un hôpital;
- Dans un dispensaire d'Hygiène sociale et de préservation antituberculeuse constitué en dispensaire mixte;
- Dans les locaux d'un bureau de bienfaisance;
- Dans un local spécial;
- Dans un polydispensaire réalisant le type dit à 2 degrés, ceci par exemple dans une usine.

Rappelons à ce sujet l'accord intervenu en 1925, d'accord avec la Commission de Prophylaxie des maladies vénériennes entre le ministère et le Comité national de défense contre la tuberculose en ce qui concerne l'utilisation des locaux des dispensaires antituberculeux.

Il est spécialement nécessaire que le public ne puisse, par le fait de voir entrer dans le dispensaire un malade, affirmer que celui-ci est un vénérien, et en conséquence les dispensaires mixtes et les polydispensaires de 2 degrés sont spécialement recommandés; de même le dispensaire d'hospitalisation rattaché à un service spécialisé constitue la formule idéale.

Personnel

Médecin. — Un médecin spécialiste est nécessaire. Un dispensaire doit être créé autour d'un spécialiste et non autour d'un local. Il faut que les médecins praticiens puissent reconnaître le médecin comme un médecin consultant pour la vénéréologie.

Le choix du médecin doit être fait par l'organisation qui

gère le dispensaire, mais le Ministre ne devra donner son agrément que dans l'un des cas suivants :

1° s'il s'agit d'un spécialiste à compétence reconnue : professeur d'Ecole ou de Faculté, chef de clinique ou d'un spécialiste nommé par le concours normal de médecin du service de dermatosyphiligraphie de l'hôpital qui gère ce service ou d'un médecin pour lequel l'agrément du Ministre est demandé par le professeur de la Faculté ou de l'Ecole de médecine du ressort;

2° sur résultats d'un concours sur titres ou sur épreuves dans le jury duquel auront été compris si possible le professeur de dermatosyphiligraphie de l'Ecole ou de la Faculté, dans le ressort duquel se trouve le dispensaire, un représentant des syndicats médicaux et de toute façon un représentant du ministère.

3° après agrément de la Commission de Prophylaxie des maladies vénériennes jugeant sur le vu d'un rapport présenté par le service de Prophylaxie des maladies vénériennes. Le service du dispensaire ne peut être fait *par roulement* entre les médecins praticiens locaux.

Le non-agrément du ministre doit empêcher l'attribution de toute subvention.

Des cours régionaux de perfectionnement devront être organisés.

Assistants. — Il est bon que le médecin soit assisté par un assistant médecin, interne ou externe, par 30 consultants à chaque séance.

Infirmières. — Celle-ci sera de préférence une visiteuse d'Hygiène diplômée. Il sera fait du service social, mais seulement si la visiteuse est diplômée, si elle a fait un stage dans un service où le service social est pratiqué de façon courante, et sur les indications du médecin-chef de service.

Malades reçus. — Les dispensaires antivénériens sont

destinés à traiter les malades indigents et nécessiteux; si ceux-ci n'ont pas à faire la preuve de leur identité ni de leur indigence, il est recommandé spécialement au médecin traitant et à l'infirmière, d'éliminer les malades non envoyés par un médecin dont ils savent qu'ils peuvent payer.

Le service social du dispensaire mixte peut rendre à cet égard de grands services. Pour éviter la possibilité de ce renvoi, il est recommandé aux malades de se présenter avec une lettre écrite de leur médecin.

Jours et heures de consultations. — De préférence les jours de marché, le dimanche ou en semaine après les heures ordinaires de travail, après le repas du soir par exemple.

Une séance minima par semaine. Si possible 2 séances. Des heures différentes pour hommes et femmes et une séance le jeudi matin pour les mères de famille accompagnant des écoliers.

Tracts et calendriers de traitement. — Veiller à ne pas utiliser des calendriers de traitement qui sont dénonciateurs.

Budget. — Varie naturellement avec l'importance des services. On peut estimer que le médecin doit recevoir 50 à 100 francs par séance de consultation.

Pour la visiteuse, elle doit avoir un traitement minimum de 8.000 francs annuels; mais comme elle ne donne pas tout son temps au service antivénérien, il appartient au service antivénérien de lui accorder une indemnité proportionnelle à son travail effectif antivénérien, en tenant compte des émoluments qu'elle perçoit d'autre part.

Il appartient à l'organisation qui gère le dispensaire de prévoir un budget convenable et pour le personnel et pour les frais généraux de fonctionnement; d'assurer une part de ce budget par ses propres moyens et par subvention de la commune et du département, et de recourir enfin au ministère de l'Hygiène. Celui-ci accordera des subventions variant suivant le cas d'espèce d'une très faible contri-

bution à la totalité des frais. Il accordera toujours au minimum la fourniture gratuite des médicaments spécifiques.

II. — Services de dépistage et de traitement de l'hérédo-syphilis.

Il y a lieu d'annexer un service de dépistage et de traitement de l'hérédo-syphilis :

- 1^o aux maternités;
- 2^o aux consultations prénatales;
- 3^o aux établissements dépositaires des enfants assistés;
- 4^o aux consultations de nourrissons;
- 5^o aux établissements de toutes espèces (Maisons maternelles, crèches, etc.), qui reçoivent des femmes en état de gestation et des nourrissons.

La diversité même de ces établissements rend difficile une description méthodique des services. Toutefois :

Localités. — Dans toutes les localités où existent de tels établissements.

Locaux. — Ou bien il s'agit de traiter les malades hospitalisées (cas type : Maternité).

Ou bien il s'agit d'examiner des consultantes (cas type : consultations prénatales.)

Dans le 1^{er} cas, il n'y a pas besoin d'avoir des locaux spéciaux.

Dans le 2^e cas, il faut utiliser les locaux de la consultation à laquelle est annexé le service de dépistage et de traitement de l'hérédo-syphilis. Il est utile que ces locaux en dehors des conditions spéciales qu'ils doivent remplir pour leur destination principale, remplissent les conditions demandées pour le dispensaire antisypilitique ordinaire.

De toute façon, il est nécessaire d'avoir :

- 1 salle de traitement
- des lits de repos.

Emplacement des locaux. — Comme pour les dispensaires antisyphilitiques.

Personnel. — *Médecin.* — Un spécialiste est indispensable. L'idéal est de réaliser la collaboration entre l'accoucheur ou le pédiatre et le syphiligraphe (type Pr Couvelaire et Marcel Pinard à Baudeloque).

Dans tous les cas, il faut exiger le dépistage méthodique de la syphilis par la sérologie.

Sage-femme et infirmière. — Même si le syphiligraphe pénètre dans la Maternité, la consultation prénatale, etc. avec son assistance, il est indispensable de recourir à la collaboration volontaire et rémunérée de la sage-femme.

Malades. — Ce seront naturellement tous les hospitalisés, et pour les consultations toutes celles qui sont agréées par l'œuvre de protection maternelle et infantile.

Jours et heures de consultation. — Comme pour les dispensaires antisyphilitiques.

Tracts et imprimés. — Comme pour les dispensaires antisyphilitiques.

Budget — Afin de réaliser la création de tels services, il appartient au ministère de faire face, lorsque cela est nécessaire, à tous les frais supplémentaires qu'entraîneraient pour les Maternités, et les œuvres de protection maternelle et infantile, la création de tels services.

Ces subventions accordées doivent être dans chaque cas l'objet d'un examen spécial, sur les mêmes bases que pour les dispensaires antisyphilitiques.

III. — Service au cabinet du médecin.

Tous les syphilitiques ne viennent pas, ne peuvent pas venir dans les services urbains, soit parce qu'ils habitent à trop grande distance du dispensaire, soit parce que —

quoique ne pouvant payer leur médecin — ils n'acceptent pas de se rendre dans des services pratiquement fréquentés à peu près uniquement par des indigents, et dans certaines villes par un milieu très spécial d'étrangers et de nécessiteux. Pour ces malades il est nécessaire de les aider à se faire traiter au cabinet d'un médecin de leur choix.

Médecins. — Ce service doit faire appel, dans leur cabinet, aux médecins praticiens désirant y participer, et acceptant le contrôle prévu par le règlement du service.

Malades bénéficiaires. — Ce sont : 1° les vénériens contagieux ou susceptibles de le redevenir (traitement de consolidation);

2° les femmes enceintes pouvant être atteintes de syphilis. Il est bien entendu que toute femme en état de gestation a le droit de se faire examiner, même si elle ne se conforme pas à la propagande concernant ce service doit donc être très large.

Il appartient aux médecins eux-mêmes de classer leurs malades dans les catégories suivantes :

a) malade riche : n'est pas bénéficiaire du service.

b) malade qu'il y a lieu d'aider un peu : le médecin le fera bénéficier de la fourniture gratuite des médicaments spécifiques.

c) Malade qu'il y a lieu d'aider beaucoup, mais non inscrit à l'A. M. G. : le médecin le fera bénéficier de cette même fourniture, mais en plus il ne sera pas honoré par lui. Il présentera sa note d'honoraires tous les trimestres à l'Administration.

d) Malades inscrits à l'A. M. G. : seront soignés au compte de l'A. M. G.

Contrôle. — Une commission comprenant un médecin délégué du Préfet (le médecin Inspecteur départemental d'hygiène), le médecin chef du centre antivénérien du chef-lieu, et un médecin délégué du syndicat. Des carnets à souche, type Loiret ou Aisne.

Fournitures des médicaments. — Les médecins praticiens adressent leurs demandes de médicaments, soit au médecin inspecteur d'hygiène (type Aisne);

soit à un pharmacien délégué par l'Association des Pharmaciens de France (type Loiret);

soit au médecin du dispensaire du chef-lieu (Seine-Inférieure).

Dans chaque cas, l'Inspecteur d'hygiène, le pharmacien, le médecin du dispensaire, centralisent leurs demandes et les transmettent à l'Administration centrale qui fait livrer les médicaments par les fabricants.

Budgets. — A) Lorsque le service est limité à la seule fourniture gratuite des médicaments, il fonctionne aux seuls frais du Ministère qui fournit :

1° Médicaments spécifiques gratuits;

2° 1.200 fr. d'indemnité au médecin (médecin inspecteur d'hygiène s'il existe) chargé du contrôle du service;

3° 1.500 fr. de frais forfaitaires de fonctionnement, plus éventuellement une indemnité au pharmacien répartiteur.

B) Lorsque le service comprend de plus les soins médicaux gratuits, le ministère fournit :

1° Les médicaments spécifiques à titre gratuit.

2° La même indemnité au médecin chargé du contrôle.

3° Les mêmes indemnités forfaitaires pour le fonctionnement et le pharmacien répartiteur.

4° Une indemnité forfaitaire annuelle, variant de 5.000 à 20.000 francs pour les honoraires médicaux, et les médicaments non spécifiques.

Il appartient au Conseil général de couvrir le supplément éventuel des frais, soit par un crédit spécial, soit par le crédit affecté aux dépenses d'assistance des malades ayant le domicile de secours départemental (type Seine-Inférieure).

La Commission de prophylaxie recommande spécialement le type Seine-Inférieure qui met en rapports directs les médecins praticiens chargés du traitement et le médecin

spécialiste du dispensaire chargé du contrôle permanent du service. Le règlement Seine-Inférieure est le suivant :

Il reste entendu que les frais du service peuvent être couverts soit par la modalité adoptée dans la Seine-Inférieure, soit couverts par une subvention forfaitaire du ministère s'ajoutant aux crédits votés spécialement pour le service par le Conseil général.

IV. — Services d'hospitalisation des vénériens.

Il appartient aux Commissions administratives des Hospices de veiller à ce que les malades vénériens soient isolés des malades qu'ils pourraient contaminer, mais aussi qu'ils soient hospitalisés dans les mêmes conditions de confort que les autres malades.

Dans aucun cas il ne devra exister d'hôpitaux spéciaux « infamants ».

V. — Services spéciaux de prisonnier.

Etant donné la fréquence particulière des maladies vénériennes chez les détenus, il y a lieu de développer les services spéciaux des prisons et d'en doter tout établissement pour prisonniers ou pour libérés dont l'effectif est suffisamment important.

Il appartient au ministre de l'Hygiène de faire les frais de ces services.

VI. — Mesures spéciales dans la marine marchande.

La fréquence des maladies vénériennes chez les marins rend nécessaire d'appliquer tout un ensemble de mesures permettant d'adapter les mesures générales de lutte anti-vénérienne aux conditions spéciales d'existence que leur métier impose aux marins.

D'accord avec le sous-secrétariat d'Etat de la marine marchande, et conformément aux vœux émis par la Commission consultative de la marine marchande, il faut :

1° *A l'embarquement.*

A) profiter des visites actuellement pratiquées pour les mousses et novices embarquant pour la première fois; pour les marins embarquant sur certains navires de grandes pêches ou de grandes compagnies de navigation, afin de rechercher sérieusement les maladies vénériennes.

B) Faire exécuter les mêmes recherches le jour où le Code du Travail rendra la visite médicale obligatoire pour tous les marins embarquant sur des navires de plus de 25 tonneaux de jauge brute faisant habituellement des sorties en mer d'une durée supérieure à 72 heures.

C) Obtenir plus tard le même dépistage pour toutes les navigations et tous les marins.

D) Obtenir que les visites médicales soient appliquées aux hommes mêmes qu'il y a lieu de visiter et non à des remplaçants envoyés par eux, et exiger en conséquence la présentation d'une pièce d'identité avec photographie, soit la carte verte des agents du service général, soit le fascicule des inscrits avec photographie.

Naturellement la sanction de la découverte d'un vénérien doit être le traitement à bord ou aux escales ou le non embarquement sur les navires dépourvus de médecin.

2° *A bord.*

Appliquer la décision de mars 1925 du ministre de l'Hygiène qui distribue gratuitement les médicaments spécifiques aux navires dotés de médecins, qui devront en faire bénéficier gratuitement l'équipage et les passagers nécessaires.

3° *A terre.*

4) Appliquer l'arrangement international des marins du commerce du 1^{er} décembre 1924, pour les marins fran-

çais comme pour les marins de toutes nationalités, encore que seuls actuellement aient adhéré :

L'Argentine, la Belgique, la République cubaine, le Danemark, la Finlande, la France, la Tunisie (pour Tunis seulement), la Grande Bretagne et l'Irlande du Nord, la Grèce, l'Italie, la Principauté de Monaco, le Pérou, la Roumanie avec certaines restrictions, et la Suède.

D'après cet arrangement et conformément à l'article 4, les capitaines des navires et patrons des bateaux sont tenus de faire connaître à leur personnel les services existants, et les officiers sanitaires au moment de l'arraisonnement du navire ou de sa première visite; ils remettront au personnel des notices indiquant les lieux et les heures de consultation.

D'autre part, il faudra conformément aux articles 1, 2 et 3, qu'il existe dans les principaux ports maritimes ou fluviaux des services antivénériens :

1° ouverts à tous les marins du commerce ou bateliers sans distinction de nationalité.

2° Ayant un personnel médical spécialisé, et une organisation matérielle tenue constamment à jour des progrès de la Science.

3° Installés et fonctionnant dans des conditions telles que les intéressés y puissent avoir facilement accès.

4° Ayant une importance proportionnée dans chaque port au mouvement de la navigation.

5° Disposant d'un nombre suffisant de lits d'hôpital.

6° Assurant gratuitement les soins médicaux, la fourniture des médicaments et l'hospitalisation lorsque cette dernière aura été reconnue nécessaire par le médecin de service.

7° Délivrant également à titre gratuit aux marins, les médicaments nécessaires au traitement à suivre en cours de route jusqu'à la prochaine escale, ainsi que les carnets individuels de traitement.

B) Enfin, obtenir que les officiers de la marine marchande qui font fonction de médecins lorsqu'il n'y en a pas à bord et qui suivent en conséquence des cours d'hygiène sur lesquels ils sont interrogés, voient introduire dans le programme de ces cours les notions indispensables sur les maladies vénériennes.

C) Introduire dans le programme des cours et des examens du médecin sanitaire maritime la prophylaxie des maladies vénériennes : au point de vue technique et au point de vue social.

VII. — Mesures concernant les étrangers.

Il appartient au ministère de l'Hygiène, d'accord avec les services intéressés du ministère du Travail et de l'Intérieur et cela est d'un intérêt primordial :

1° d'empêcher l'accès du territoire français aux émigrants et immigrants étrangers, vénériens contagieux, en généralisant les mesures prises à Marseille.

2° De veiller à l'état de santé au point de vue vénérien des étrangers admis à séjourner en France aux différentes occasions qu'offrent les formalités policières.

3° d'expulser à leurs frais, ou à ceux des compagnies responsables de leur entrée en France les malades vénériens contagieux.

La Commission recommande spécialement que les étrangers soient obligatoirement pourvus à côté du passeport habituel d'un passeport sanitaire.

VIII. — Surveillance sanitaire des prostituées.

En attendant la mise en application sous forme de loi du projet de la commission de prophylaxie des maladies vénériennes il serait souhaitable, si ce projet est déposé devant les Chambres :

1° De créer dans chaque ville une Commission présidée par le préfet ou le maire et chargée d'étudier et d'appliquer les meilleurs moyens d'assurer :

a) l'application de la loi réprimant la prostitution dans les cabarets, cafés, chambres garnies, hôtels garnis.

b) le traitement libre et volontaire des prostituées avec certificat de médecin (visite périodique).

2° de veiller dans chaque ville à l'organisation sérieuse du traitement des prostituées, soit en maison, soit en carte.

Donc, ou dispensaire de salubrité avec médecin compétent, locaux et organisation matérielle suffisante, honoraires réguliers du médecin, carnets sanitaires type.

Ou contrôle du traitement libre chez des médecins agréés par production du certificats médicaux.

IX. — Laboratoires.

Il faut distinguer en ce qui concerne :

1° l'ultra-microscopie,

2° les recherches bactériologiques;

3° la sérologie.

a) *Ultra-microscopie.*

Chaque service doit avoir un ultra-microscope et tout médecin doit s'en servir couramment.

b) *Recherches bactériologiques (Gonocoque, Ducrey).*

Les services peu importants doivent recourir de préférence aux laboratoires hospitaliers, municipaux ou départementaux.

Les services plus importants peuvent avoir un laboratoire qui leur soit propre, à la condition stricte que leurs médecins soient suffisamment compétents.

c) *Recherches sérologiques.*

L'idéal est que chaque service fasse des Wassermann. Cela est manifestement impossible partout car il ne doit être fait de sérologie que par des sérologistes compétents.

Il appartient en conséquence au Ministère :

1° de créer des laboratoires centraux de sérologie;

2° d'agréer des laboratoires locaux de sérologie.

1° *Laboratoires centraux.*

Leur nombre doit rester limité, ce doivent être des services outillés de façon parfaite, et dont le sérologiste fasse autorité.

Ils doivent être de préférence annexés soit à de grands laboratoires tels que :

Institut Pasteur (Lille)

Institut Bouisson Bertrand (Montpellier)

Institut de bactériologie du Rhône (Lyon)

Faculté de Médecine (Bordeaux)

Ecole de Médecine (Nantes).

Soit à de grands services comme à Marseille, Toulouse, etc.

2° *Laboratoires agréés.*

Ils doivent être aussi nombreux que possible étant bien entendu qu'ils doivent être outillés de façon suffisante et que leur chef de laboratoire doit être reconnu compétent en sérologie.

Nomination des sérologistes.

A) *Pour les laboratoires centraux.* — Dans les mêmes conditions que pour les dispensaires : titres ou concours sur épreuves pratiques.

B) *Pour les laboratoires agréés.* — Les titres des chefs de laboratoires devront être présenté devant la Commission

de prophylaxie des maladies vénériennes, dont l'avis permettra au ministère de refuser ou d'accepter l'agrément. L'avis du professeur de dermato-syphiligraphie chef de la Faculté ou de l'Ecole de Médecine du ressort devra être présenté à la Commission.

Budget. — Il appartient au ministère d'accorder des subventions nécessaires après examen individuel de chaque cas.

X. — Vérification permanente des médicaments spécifiques.

Il est nécessaire, sans attendre qu'une loi rende cette vérification obligatoire pour tous les médicaments spécifiques mis en vente d'organiser ce contrôle pour tous les médicaments que le ministère distribue gratuitement et au besoin d'examiner si le ministère ne doit pas acheter que des médicaments dont les fabricants acceptent le contrôle et pour les médicaments vendus au ministère et pour tous ceux vendus dans le commerce.

La liste des médicaments fournis par le ministère à titre gratuit aux dispensaires antivénériens est revisée annuellement par une sous-commission de la commission de Prophylaxie des maladies vénériennes, ainsi que celle des médicaments fournis aux médecins participant au fonctionnement des services ruraux.

Aucun fournisseur ne devra pouvoir mettre dans ses réclames que tel ou tel médicament est agréé par le ministère.

XI. — Participation des médecins praticiens à la lutte anti-vénérienne.

Au moment où les services au cabinet du médecin et les services annexés aux établissements de protection de la Maternité et de l'enfance se développent journellement,

tous les médecins praticiens doivent pouvoir être à même de jouer le rôle important qui leur incombe. Il est tout d'abord nécessaire de donner aux futurs médecins au cours de leurs études des notions sur les maladies vénériennes, en rapport avec l'importance de ces affections dans la pratique médicale et cela à la fois au point de vue de la clinique, de la thérapeutique, du laboratoire et au point de vue social.

De plus, par suite des progrès constants de l'art médical, il faut donner aux médecins praticiens la possibilité de suivre, sans frais pour eux, des cours de perfectionnement dans les centres régionaux, sous la direction des professeurs de dermatosyphiligraphie des Facultés et Ecoles de médecine. Des heures d'études devront donc pouvoir être accordées.

D'autre part, les dispensaires doivent tous jouer le rôle de centres de perfectionnement pour les médecins praticiens et leur être ouverts largement.

Il faut également demander aux médecins de faire l'éducation des malades de leur clientèle atteints d'affections vénériennes, et pour cela il serait facile de leur remettre dès imprimés contenant les principaux conseils utiles (peut-être imprimés pouvant servir de feuille d'ordonnance) des notices d'ordre pratique devront également être remises à tous les médecins praticiens.

La collaboration des pharmaciens doit aussi être obtenue, par exemple sous la forme en voie de réalisation dans le Loiret (pancarte dans chaque pharmacie indiquant à qui s'adresser pour être soigné).

XII. — Propagande.

Elle doit être intensive et constante. Il y aurait intérêt à la confier de préférence après entente avec l'Office national d'Hygiène sociale et sous son contrôle à la Ligue natio-

nale française contre le péril vénérien; la Société de prophylaxie sanitaire et morale, et leurs filiales; et aux organismes similaires. Des bibliothèques de films, des collections d'affiches, de tracts, brochures, etc., devront être constituées pour prêts ou dons *gratuits*.

Dans chaque département les services techniques anti-vénériens prévus ci-dessous ou des comités locaux devront être créés pour veiller à :

Propagande générale . — Conférences, tracts, affiches, films soit d'instruction : *Fils Leredde*, soit de propagande générale : *Mortel Baiser*;

Théâtre, *Misère humaine*;

Radiophonie.

Articles de journaux professionnels et de grande presse.

Propagande spéciale. — Prophylaxie individuelle :

Prophylaxie spéciale du coiffeur, manucure, pédicure restaurant, débits de boissons.

Certificat prématrimonial;

Mesures spéciales pour les marins;

Education des éducateurs;

Propagande dans leur langue chez les étrangers;

Propagande féminine par les femmes pour les femmes ateliers, écoles normales, etc.;

Contre-propagande des charlatans, des réclames mensongères, des journaux, des urinoirs, etc.

Développement de toutes les œuvres qui diminuent le recrutement de la prostitution :

Pour la femme : hôtels féminins, foyers de jeunes filles, etc.;

Pour l'homme : cercles et sociétés sportives.

XIII. — Statistiques.

Le bilan des maladies vénériennes doit aussi être établi :

augmentation ou diminution, morbidité, mortalité probable, pertes sociales, etc.

Des statistiques précises devront donc être tenues au moins dans tous les services dépendant du ministère de l'Hygiène.

XIV. — Organisations centrales et provinciales

1^o Développer le service de prophylaxie des maladies vénériennes, lui assurer des conditions normales de logement et de personnel et l'autonomie nécessaire dans le cadre de la direction de l'Hygiène ou de l'office national d'Hygiène sociale. Lui permettre en conséquence de remplir le rôle important qui lui incombe au point de vue organisation, gestion, contrôle sur place.

2^o Confier dans chaque département le service technique soit à l'Inspecteur départemental d'Hygiène (type Aisne, Hérault) soit à un délégué spécial (type Loiret ou Bouches-du-Rhône), soit à un comité spécial.

Dans tous les cas, assurer au service les facilités nécessaires en locaux et en personnel.

3^o Favoriser par d'importantes subventions le fonctionnement à Paris et en Province des organisations de propagande :

1^o office national d'hygiène sociale;

2^o ligue nationale française contre le péril vénérien;

3^o la société de prophylaxie sanitaire et morale;

4^o le comité d'éducation féminine.

* * *

Enfin nous l'avons vu, il faut supprimer ou modifier complètement la réglementation actuelle de la prostitution.

Déjà, en 1913, la plupart des médecins, au Congrès

de Dermatologie et de Syphiligraphie, s'étaient prononcés contre la réglementation. Le professeur Blaschko (de Berlin) constatait que la réglementation ne s'était jamais révélée dans aucun pays comme un agent efficace de la diminution des maladies vénériennes; le professeur von Düring (de Vienne), la condamnait également. Même Neisser (de Breslau), réglementariste convaincu, était partisan d'une modification de la réglementation.

Par quoi la remplacer? deux grands systèmes sont en présence : l'étatisme sanitaire et l'abolitionnisme.

L'Etatisme sanitaire résulte des lois de Karl Marcus en 1906. Ce système repose sur trois principes :

déclaration obligatoire;

visites médicales périodiques obligatoires;

traitement obligatoire;

et enfin sur l'application de sanctions pénales contre les contrevenants.

Qu'est-ce que l'abolitionnisme? D'après Abraham Flexner : « C'est l'abolition des lois et ordonnances de police, réglementant, reconnaissant ou permettant la pratique de la prostitution ».

L'abolitionniste s'oppose à toutes dispositions légales ou mesures de police autorisant l'inscription ou l'examen médical des prostituées, aussi bien qu'à toutes les lois qui ne visent que l'une des deux parties en cause.

Il réclame l'autonomie de la personne humaine et responsabilité individuelle, condamnant toute mesure d'exception, déclare qu'en instituant une réglementation

tion qui veut procurer à l'homme sécurité et irresponsabilité, l'Etat bouleverse la notion même de responsabilité, base de toute morale. Il donne encore comme argument que la réglementation crée une morale différente pour chaque sexe puisque la femme seule est responsable.

L'abolitionniste réclame la responsabilité pour l'homme et pour la femme, ainsi que l'abolition des mesures d'exception, donc celui de la réglementation.

Qu'ont donc donné ces différents systèmes? C'est ce que nous allons étudier.

L'étatisme sanitaire est évidemment le système qui a donné les meilleurs résultats. Il est appliqué dans tous les pays scandinaves où la syphilis est presque en voie de disparition.

Au **Danemark**, par exemple, le nombre de syphilis déclarées par 10.000 habitants est tombé de 34 cas en 1891 à 21 cas en 1924.

A Copenhague, la statistique du Dr Kiaer donne 1.022 cas traités en 1918 pour 473 cas en 1924. Le nombre des cas de syphilis récentes est également tombé de 220 à 50.

Ces résultats sont très intéressants. Peut-être, pourrait-on objecter que devant la déclaration obligatoire un certain nombre de malades ne se soignent pas, mais ce nombre est assurément peu considérable.

Mais ce système, s'il convient aux habitants des pays nordiques, habitués à une discipline sévère, serait difficilement supporté par la mentalité française, parce qu'à sa base se trouve la déclaration obligatoire, c'est-

à-dire une atteinte à la liberté individuelle. Il est donc inapplicable en France.

L'abolitionnisme a donné des résultats différents dans les pays où il a été appliqué.

En **Suisse**, il a donné de bons résultats, puisque le nombre des cas de chancres syphilitiques est tombé de 38 cas en 1913 à 5 cas en 1924 et à 2 en 1925.

En **Belgique**, les résultats sont différents :

A Liège, ville abolitionniste, bons résultats et diminution du nombre des cas de chancres, 177 cas en 1919 contre 14 cas en 1925.

Par contre la ville de Bruxelles ayant suspendu pendant six mois la réglementation a vu une nette augmentation du nombre des cas de syphilis. Les abolitionnistes objectent à cela, il est vrai, que l'expérience a été de trop courte durée et que l'augmentation du nombre des syphilis n'indiquait pas une extension de la maladie, mais au contraire une augmentation du nombre des malades, ceux-ci ne se faisant pas traiter auparavant.

En **Autriche**, résultats variables. Le Professeur Finger trouve une diminution, mais le Professeur Oppenheim trouve, par contre, une augmentation.

En **Tchéco-Slovaquie**, l'application du régime abolitionniste n'a apporté aucune modification à la marche des maladies vénériennes. Le nombre des cas de syphilis est en 1925 sensiblement le même qu'en 1910. Il y aurait même tendance à l'augmentation depuis 1922, date de la mise en vigueur du régime. On trouve

en 1925 un pourcentage de 3,03, alors qu'il n'était que de 1,98 en 1921, par rapport à l'ensemble des maladies vénériennes.

En **France**, le régime abolitionniste appliqué dans certaines villes, semble avoir donné de bons résultats, particulièrement à Lyon et à Colmar.

Voici à cet égard une statistique due au Dr Carle (de Lyon).

En 1909 (réglementation) :	Nombre de malades syphilitiques traitées		
	Isolées	Clandes- tines	Femmes en maison
Janvier	694	85	300
Février	630	69	297
Mars	770	105	316
Mai	792	88	322
Juin	846	175	312

En 1910 (abolition) :	Nombre de malades syphilitiques traitées		
	Isolées	Clandes- tines	Femmes en maison
Janvier	1.078	105	308
Février	1.064	141	285
Mars	1.263	103	316
Mai	1.229	132	304
Juin	1.288	185	312

Ces chiffres, pour le Dr Carle prouvent que les malades loin de se dérober au traitement, au contraire le recherchent.

A Colmar, les statistiques sont également bonnes. Le taux des maladies vénériennes s'est abaissé de

85,5. % en 1874 année de la suppression de la réglementation à 51,08 % en 1907.

Comme on le voit dans l'ensemble, les résultats sont contradictoires et justifient assez les reproches faits à l'abolitionnisme, augmentation de la prostitution clandestine, et peut-être aussi augmentation réelle des cas de syphilis.

La conclusion qui s'impose est que l'abolitionnisme seul est insuffisant à faire baisser le taux des maladies vénériennes. Il importe donc de lui joindre pour qu'il ait tout son rendement des mesures de contre-poids. Il ne prévoit pas en effet des sanctions contre le racolage, ou les déserteurs du traitement si fréquents parmi les prostituées.

Aussi faudra-t-il instituer en France une réglementation modifiée, car les deux systèmes ci-dessus ne sont pas applicables.

Quelles seront les modifications à apporter à la réglementation actuelle.

Plusieurs sujets ont été proposés.

On a voulu supprimer la prostitution par des mesures très sévères dont l'une est réalisée : la recherche de la paternité, et dont les autres consistent dans l'attribution à la fille déflorée des droits de l'épouse légitime et dans l'établissement d'une sanction pécuniaire ou pénale de l'abandon d'une maîtresse par son amant. Si la première de ces mesures est juste et applicable les autres ne le sont pas, car elles pourraient donner lieu à des chantages et à des procès retentissants.

Un autre projet est celui de M. Gougerot; nous le résumons ci-dessous :

1° Empêcher le recrutement des prostituées par tous les moyens réformes économiques, sociales, éducation morale, loi protégeant la mère abandonnée).

2° Empêcher les jeunes gens d'être entraînés vers elles.

3° Suppression des profiteurs de la prostitution, c'est-à-dire : souteneurs, entremetteuses, etc., maisons de passe, hôtels borgnes, etc.

4° Création de deux catégories de prostituées : dociles qui se traitent, indociles qui ne se traitent pas.

5° Création d'une commission de prophylaxie sanitaire et morale dans chaque département.

6° Œuvres de relèvement.

En réalité nous croyons qu'il suffit de créer le *délit de racolage* par modification des articles 470-480 et 482 du Code pénal et le *délit de contamination* punissant l'individu coupable d'avoir transmis la syphilis à un autre. Encore ce dernier sera-t-il d'application difficile, mais on pourra l'appliquer à tout individu porteur de lésions contagieuses ayant entretenu des relations sexuelles avec une autre personne et à la nourrice ayant contaminé le nourrisson.

Il faut également punir *sévèrement* tout individu contagieux et tout syphilitique qui ne se soigne pas régulièrement.

Nous donnons ci-dessous le projet rédigé par la Sous-commission de la prostitution à la Commission de prophylaxie des maladies vénériennes et adopté par elle.

Projet de loi concernant la prostitution et la prophylaxie des maladies vénériennes, rédigé par M. le Président Poitevin, proposé par la sous-commission de la prostitution à la commission de prophylaxie des maladies vénériennes et adopté par elle.

TITRE PREMIER

Dispositions générales.

Article premier. — Nul ne peut, à raison de ce fait qu'il se livre à la prostitution, être assujéti autrement que par une loi, à des obligations restrictives de la liberté individuelle.

Art. 2. — Sont et demeurent abrogés les ordonnances, décrets, ou règlements administratifs quelconques, relatifs à la prostitution, actuellement en vigueur, en ce qu'ils auraient de contraire aux dispositions de la présente loi.

TITRE II

Provocation publique à la débauche.

Art. 3. — Les articles 479-480 et 482 du Code pénal sont complétés ou modifiés ainsi qu'il suit :

A) Il est ajouté à l'article 479 un paragraphe ainsi conçu :

« 13° Ceux qui, soit sur la voie publique ou dans un lieu accessible gratuitement au public, soit par des fenêtres, portes ou toutes ouvertures prenant vue sur la voie publique ont provoqué à la débauche et ce :

a) en réunion de deux ou plusieurs personnes;

b) par tous les moyens, gestes ou paroles obscènes ou contraires à la décence publique, sous réserve s'il y a lieu, de l'application de l'art. 330 du Code pénal;

c) d'une manière quelconque, les mineurs de l'un ou l'autre sexe, âgés de moins de quinze ans;

d) d'une manière quelconque, aux abords de tous établissements militaires ou maritimes ou de tous établissements consacrés à l'enseignement, au culte, à l'assistance publique ou privée, bureaux de placement;

B) Il est ajouté à l'art. 480 du Code pénal un paragraphe ainsi conçu :

« 6° Contre ceux qui ont provoqué publiquement à la « débauche dans les conditions prévues dans le n° 13 de « l'article précédent. »

C) L'art. 482 est complété ainsi qu'il suit :

« Toute personne déjà condamnée pour avoir, étant ré-
« cidive, provoqué publiquement à la débauche dans les
« cas prévus par l'art. 479 n° 13 du Code pénal, qui dans
« les douze mois à compter du jour où cette condamnation
« est devenue définitive se trouve de nouveau en récidive
« dans les conditions prévues par l'art. 483 ci-après, sera
« traduite devant le tribunal de police correctionnelle et
« punie d'un emprisonnement de six jours à un mois et
« d'une amende de 16 fr. à 300 francs.

« Quiconque ayant été condamné en police correction-
« nelle pour provocation publique à la débauche depuis
« moins d'un an, s'est de nouveau rendu coupable du même
« délit sera condamné au maximum des peines indiquées
« à l'alinéa précédent, lesquelles pourront être portées au
« double. »

Art. 4. — Toute personne qui dans les mêmes circonstances de temps et de lieu continue de provoquer à la débauche dans les conditions prévues à l'alinéa 13 de l'art. 479 du Code pénal, après déclaration du procès-verbal ou constatation de la contravention pourra être, par mesure de Police, conduite à un poste déterminé, par l'autorité municipale, et à Paris par le Préfet de police pour y être

retenue pendant une durée qui n'excèdera pas douze heures.

Il en sera de même de toute personne qui, ayant provoqué à la débauche dans les conditions prévues par l'alinéa 13 de l'article 179 du Code pénal n'aura pu justifier de son identité ou de son domicile.

Un examen médical est obligatoire dans tous les cas prévus par le présent article et dans celui où une personne se livrant à la prostitution aura été arrêtée en raison d'un délit prévu par l'article 334 du Code pénal modifié par l'article 5 de la présente loi.

TITRE III

Proxénétisme.

Art. 5. — L'article 334 du Code pénal, modifié par la loi du 20 décembre 1922 est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 334. — « Sera puni d'un emprisonnement de six mois
« à trois ans et une amende de cinquante francs à cinq mille
« francs :

1° « Quiconque aura attenté aux mœurs en excitant,
« favorisant ou facilitant habituellement la débauche ou
« la corruption de la jeunesse de l'un ou l'autre sexe, au-
« dessous de l'âge de 21 ans.

2° « Quiconque pour satisfaire les passions d'autrui,
« aura embauché, entraîné ou détourné, même avec son
« consentement, une personne même majeure, de l'un ou
« l'autre sexe en vue de la débauche ou qui l'aura contrainte
« à se livrer à la prostitution.

3° « Quiconque par des notes, annonces, réclames ou pe-
« tites correspondances insérées dans les journaux ou revues
« ou par l'envoi ou la distribution de prospectus, tracts, lettres
« d'avis, ou , ar des affiches, des placards ou inscriptions
« apposés dans des lieux accessibles au public, fait savoir
« même en dissimulant la nature de son offre sous des arti-

« fices de langage, qu'il se livre à la prostitution ou qu'il fa-
« cilité la prostitution d'autrui. »

Si les délits ci-dessus ont été exécutés, favorisés, etc...
(le reste de l'art. 334 sans changement.)

TITRE IV

Prophylaxie et mesures sanitaires.

Art 6. — *Tout médecin donnant des soins à un individu de
« l'un ou l'autre sexe atteint d'accidents vénériens contagieux
« ou non que ce soit à l'hôpital, dans un dispensaire ou en
« clientèle, doit après l'avoir soigné, remettre au malade une
« ordonnance-avertissement. La forme sous laquelle ces or-
« donnances seront remises et les mentions à y porter seront
« déterminées par un règlement d'administration publique. »*

Art. 7. — Tout individu reconnu atteint de maladie vé-
nérienne sera au cas où il aura *en période contagieuse* en-
tretenu des rapports sexuels avec une personne quelconque,
puni d'un emprisonnement de un à cinq jours sans préju-
dice des poursuites correctionnelles qui seront exercées
s'il y a lieu, par application de la loi du...sur la communi-
cation d'une maladie vénérienne.

Art. 8. — Tout individu reconnu atteint de maladie vé-
nérienne dans les conditions prévues par les art. 3, 4, 5 et
7, sera tenu de suivre un traitement approprié, le jugement
spécifiera si ce traitement devra être effectué dans un dis-
pensaire autorisé conformément à un règlement d'adminis-
tration publique, et désigné par le jugement ou chez un
médecin choisi par le malade sur la liste des médecins agréés
conformément au même règlement d'administration pu-
blique; si le malade refuse de recevoir de plein gré les soins
que comporte son état, il sera conduit dans un hôpital ou
dans un établissement privé, agréé, pour y être traité jus-
qu'à disparition dûment constatée des accidents vénériens

contagieux. *Postérieurement à sa sortie autorisée par le médecin traitant, le malade sera tenu de se présenter à l'hôpital ou à l'établissement privé agréé où il a été traité à des intervalles périodiques fixés par le médecin, pour pouvoir suivre le traitement de consolidation. En cas de refus les articles 9 et suivant lui seront appliqués.*

Art. 9. — Dans les cas prévus par l'art. précédent, le Préfet de police à Paris, le maire ou à défaut le préfet dans les départements, transmettra d'urgence au magistrat du ministère public, près le Tribunal de simple police du lieu où réside le malade, les pièces constatant le refus de ce malade de se soumettre au traitement, et donnant toutes les précisions utiles pour le choix de l'établissement où le malade devra être transféré.

Art. 10. — Le magistrat du ministère public convoquera de suite le malade devant le Tribunal de simple police par simple lettre ou billet d'avertissement; si au jour fixé la personne ainsi convoquée ne se présente pas, elle sera citée par exploit d'huissier.

Le malade devra comparaître en personne et ne pourra se faire représenter par un mandataire ou fondé de procuration spéciale.

Art. 11. — L'affaire sera instruite et jugée sans aucune publicité. — Le ministère public prendra ses réquisitions; le malade sera entendu dans ses explications et moyens de défense; puis le jugement ordonnera, s'il y a lieu, que le malade sera envoyé dans l'établissement désigné par le juge et qu'il y sera retenu jusqu'à ce que l'autorité sanitaire compétente définie par le règlement d'administration prévu à l'article 14, ait régulièrement autorisé sa sortie.

Il ne pourra ordonner l'envoi dans un établissement privé qu'autant qu'il lui aura été justifié que cet établissement consent à recevoir le malade.

Art. 12. — Si le malade, quoique régulièrement cité ne

comparaît pas au jour et à l'heure fixés par la citation, il sera statué par défaut. Opposition pourra être formée dans les formes et délais prévus par l'art. 150 du Code d'Instruction criminelle.

Le jugement peut être frappé d'appel, tant par le malade que par le ministère public, dans les délais et suivant les formes prescrites par l'art. 174 du Code d'instruction criminelle.

La décision du juge de paix est exécutoire nonobstant opposition ou appel.

Art. 13. — Tout malade dont l'envoi dans un hôpital ou dans un établissement privé a été ordonné par le jugement du tribunal de simple police qui met obstacle à l'exécution de cette décision, soit en résistant aux agents, soit en se dissimulant ou en prenant la fuite est passible d'un emprisonnement de six jours à trois mois.

La même peine est encourue par tout malade qui, en cours de traitement, quitte l'hôpital ou l'établissement privé dans lequel il a été envoyé, avant d'avoir obtenu une autorisation de sortie régulièrement délivrée.

Dans les cas prévus par les deux alinéas précédents, et s'il y a récidive, dans les douze mois à compter du jour où la précédente condamnation est devenue définitive, la durée de l'emprisonnement peut être portée à six mois.

L'article 463 du Code pénal est applicable.

Art. 14. — Un règlement d'administration publique qui devra être rendu dans un délai d'un an déterminera le régime et fixera les conditions dans lesquelles la sortie sera autorisée.

TITRE V

Dispositions transitoires

Art. 15. — Aucun établissement de prostitution nouveau, sous quelque dénomination que ce soit, ne pourra être au-

torisé ou toléré; mais à titre de mesure transitoire, les établissements qui existaient à la date du... (jour du dépôt du projet de loi au Parlement) et dont l'existence était constatée par une autorisation ou une autre mesure administrative pourront continuer d'exister dans les conditions où ils se trouvent, sans pouvoir être déplacés. — *Ce régime transitoire prendra fin lorsque le ministre chargé de l'Hygiène publique après l'avis d'une commission compétente, et en particulier après l'avis de la Commission de prophylaxie des maladies vénériennes l'estimera nécessaire. Un décret rendu sur la proposition du Garde des Sceaux, ministre de la Justice, du ministre de l'Intérieur et du ministre chargé de l'Hygiène publique devra être pris.* Mais de toute façon le régime transitoire sera toléré pendant 9 ans au plus.

Pendant cette période, seront exceptionnellement applicables aux tenanciers de ces établissements les dispositions de l'art. 334 du Code pénal, tel qu'il a été modifié par la loi du 20 décembre 1922, sans tenir compte des modifications apportées par l'article 5 de la présente loi.

Tant que ces établissements pourront exister, ils seront placés sous la surveillance spéciale de la police administrative et judiciaire. Le Préfet de police à Paris, les maires et, à défaut les préfets dans les départements, pourront prescrire toutes mesures utiles en vue de l'hygiène, de l'ordre et de la décence publiques. — Au cas où les mesures prescrites ne seraient pas exécutées, la fermeture provisoire ou définitive pourra être ordonnée par arrêté du Préfet de police à Paris, du maire ou du préfet dans les départements.

Art. 16. — Par mesures transitoires, les femmes ou filles actuellement inscrites à Paris sur les contrôles de la Préfecture de police, dans les départements, sur les contrôles de la police municipale, continueront à être soumises à des visites médicales.

Le service chargé d'assurer cette mesure transitoire re-

lèvera exclusivement du ministère de l'Intérieur et du ministère chargé de l'Hygiène publique. Un décret déterminera le mode de fonctionnement.

Ce régime transitoire prendra fin, en vertu d'un décret rendu sur la proposition du ministère chargé de l'Hygiène publique, dès que ces mesures spéciales ne paraîtront plus indispensables, dans un délai de cinq années au moins et de 9 ans au plus.

Création d'un corps médical éclairé.

Pour conduire à bien la lutte, il faut également un corps médical éclairé. Ainsi sera-t-il nécessaire d'apprendre à tous les étudiants les principes élémentaires de la syphiligraphie. Il importe donc d'étendre et de prolonger la durée du stage obligatoire dans les services de maladies vénériennes, stage qui est actuellement nettement insuffisant. Chaque étudiant devra être exercé séparément à l'ultra-microscopie et à la recherche du bacille de Ducrey. Ce stage devra à sa terminaison être sanctionné par un examen à la fois théorique, c'est-à-dire portant sur les manifestations cutanées et diverses de la syphilis, et pratique, c'est-à-dire porter sur les techniques indiquées plus haut.

A ce prix est la diminution rapide de la syphilis et peut-être l'extinction complète de ce fléau, le plus redoutable pour l'avenir de la race française.

CONCLUSIONS

Il résulte de ce travail que la syphilis est en augmentation nette en France, à Paris et en Province.

A Paris, toutes les statistiques démontrent cette augmentation. Les cas de syphilis récentes (chancres et roséoles) qui étaient de 614 cas en 1920, maximum, descendent au cours des années 1921, 452 cas; 1922, 345 cas; 1923, 269 cas; 1924, 248 cas; minimum puis remontent brusquement depuis un an pour atteindre 459 cas, c'est-à-dire presque au niveau de l'année 1929, 502 cas.

Il en est de même en province. Dans toutes les grandes villes, à Lyon, à St-Etienne, à Marseille, à Lille, à Bordeaux, au Havre, les médecins ont remarqué une nette augmentation de la syphilis et surtout en ce qui concerne les cas de syphilis récentes : 29 cas de plus, à Lyon qu'en 1923; à St-Etienne, le nombre des cas de syphilis récentes est également passé de 94 en 1922, à 132 en 1925; à Marseille, ce chiffre est passé de 474 cas en 1923 à 705 cas en 1925.

Dans les Pays étrangers par contre, la courbe exprimant le taux de la syphilis a continué à décroître

régulièrement dans certains pays, ou bien est restée au moins stationnaire dans d'autres.

Les Pays Scandinaves ont vu disparaître presque complètement la syphilis.

En Suisse, la décroissance est rapide et continue. Le nombre des chancres syphilitiques est passé de 104 cas en 1919 à 2 cas en 1925.

En Belgique, dans toutes les villes et dans toutes les provinces, la syphilis est en nette décroissance. Pour la province d'Anvers, par exemple, le nombre des chancres qui était de 203 cas en 1920 est seulement de 10 cas dans les 8 premiers mois de 1925 et est tombé à zéro au mois de septembre de la même année.

En Espagne, diminution également.

Dans les autres pays : Autriche, Tchéco-Slovaquie, etc., la courbe de la syphilis est stationnaire.

Les syphiligraphes étrangers attribuent cette décroissance, d'une part à l'abolition de la réglementation de la prostitution et, d'autre part, aux bons effets de la médication salvarsanique.

Les causes qui peuvent expliquer l'augmentation de la syphilis en France sont de deux ordres :

1^o Causes connues depuis longtemps : ignorance du malade qui ne connaît pas sa maladie, et abandonne précocement le traitement, ou se traite insuffisamment et irrégulièrement; ignorance des médecins dont beaucoup ne savent pas reconnaître la syphilis et ignorent les techniques de laboratoire élémentaires nécessaires au diagnostic précoce de la maladie.

2^o Des causes plus spéciales à ces dernières années : immigration étrangère active et insuffisamment surveillée composée surtout de gens (Polonais, Arabes, etc.) qui par indolence naturelle, ou une hygiène élémentaire négligée, ne se soignent pas et propagent la syphilis.

Augmentation de la prostitution due aux conditions économiques actuelles pour une grande part, et dont la réglementation en vigueur s'est révélée très nettement insuffisante.

Abandon des injections intra-veineuses arsenicales par les praticiens par crainte des accidents.

Il importe donc de prendre des mesures énergiques pour combattre cette augmentation.

A côté des moyens ordinaires de lutte contre cette véritable épidémie, éducation de la jeunesse, propagande dans le public, dans l'armée, création de dispensaires, de stations prophylactiques, on devra prendre des mesures qui s'inspirant de celles prises à l'étranger, s'attaqueront directement aux causes d'augmentation de la syphilis.

Mesures contre l'immigration empêchant l'accès du territoire français aux vénériens contagieux ou les expulsant à leurs frais ou à ceux des compagnies responsables.

Mesures contre la prostitution consistant dans la surveillance médicale des prostituées, par l'application de la loi réprimant la prostitution dans les cabarets, cafés, etc., le traitement libre et volontaire des prostituées avec certificat du médecin, etc.

Création par une loi d'un délit spécial, dit *délit de*

contamination punissant sévèrement l'individu coupable d'avoir transmis la syphilis; création également du *délit de racolage*.

Le Parlement devra voter pour cette lutte des fonds et un budget spécial permettant la création de dispensaires et, comme en Belgique, la distribution gratuite de médicaments et nécessaires prophylactiques.

Pour conduire la lutte, il faudra également un corps médical éclairé et spécialement entraîné dans des services spéciaux, afin de ne rien ignorer ni de la symptomatologie, ni du traitement de la syphilis.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président de la Thèse,
E. JEANSELME

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

- Archambault** (de Montréal). — Campagne anti-vénérienne dans la province de Québec. (*Bulletin de la Société de Prophylaxie sanitaire et morale*, année 1922, p. 98.)
- Audrain** (de Caen). — La lutte contre la syphilis en province. (*Journal des Praticiens*, année 1920, p. 438.)
- Azoulay**. — La lutte contre les maladies vénériennes chez les ouvriers. (*Bulletin de la Société de prophylaxie sanitaire et morale*, décembre 1918, p. 8.)
- Annales des maladies vénériennes*, année 1913. — Déclaration obligatoire de la syphilis dans les pays scandinaves, p. 842.
- Bayet (Albert)**. — La lutte mondiale contre le péril vénérien. (*Bulletin Médical*, 21-23 mars 1923, p. 333.)
- Bizard**. — Syphilis et domestiques. (*Bulletin de la Société de prophylaxie sanitaire et morale*, 1922, p. 108.)
- Sur le projet de loi concernant la répression des contraventions aux règlements sur la police des mœurs. (*Annales des maladies vénériennes*, septembre 1922, p. 681.)
- Bodin**. — Education sexuelle des jeunes filles. (*Bulletin de la Société de prophylaxie sanitaire et morale*, année 1923, p. 14.)
- Education sexuelle des jeunes gens. (*Bulletin de la Société de prophylaxie sanitaire et morale*, p. 14, année 1922.)
- Bonnette**. — Le péril vénérien. — Sa prophylaxie dans l'armée française. (*Gazette des Hôpitaux* de 1904, 26 janvier, p. 89.)

- Butte.** — Surveillance médicale des prostituées à Paris pendant l'année 1912. (*Bulletin de la Société de prophylaxie sanitaire et morale*, mars 1914, p. 72.)
- Carle** (de Lyon). — Prophylaxie d'après-guerre. (*Paris Médical* 1919, p. 282.)
- Chalet.** — *Thèse de Paris*, année 1922. (Organisation sociale du traitement de la syphilis.)
Circulaires ministérielles n° 57, 71 et 72, relatives à la lutte anti-vénérienne. (*Annales des maladies vénériennes*, avril 1920, p. 193.) —
- Couvelaire.** — La mortinatalité. (*Presse Médicale* du 19 novembre 1921, p. 917.)
- Desloyes et Ranger.** — La lutte antivénérienne au Canada. (*Bulletin de la Société de prophylaxie sanitaire et morale*, juin 1924, p. 60.)
- Emery (E.) et Morin (A.).** — L'insuffisance du traitement arsenical dans les syphilis organiques en clientèle. (*Vie Médicale*, octobre 1921, p. 1235.)
- Flexner (A.).** — La prostitution en Europe. (Edition française, et préface par H. Minod. — Librairie Payot et C^o, Paris 1919.)
- Fournier.** — Préservation des nourrices et nourrissons contre la syphilis. (*Bulletin de la Société de prophylaxie sanitaire et morale*, 1905, p. 434.)
— Leçons sur la syphilis.
- Gaucher et Gougerot.** — Les dangers de la syphilis pour la communauté et la question du contrôle de l'Etat. (*Annales des maladies vénériennes*, août 1913, p. 561.)
- Gaucher et Bizard.** — Statistique des syphilis contractées par les militaires depuis la mobilisation et traitées dans le service clinique de l'Hôpital St-Louis. (*Annales des maladies vénériennes*, mars 1916, p. 129.)
- Gaye (Ed.).** — Essai sur la syphilis rurale. (*Thèse de Paris*, 1923.)

- Gougeret.** — Calendrier traitement des syphilitiques. (*Journal des Praticiens*, 20 sept. 1919, p. 594.)
- Prophylaxie anti-vénérienne avant et après. (*Annales des maladies vénériennes*, année 1918, p. 513 et *Bulletin de la Société de prophylaxie sanitaire et morale*, oct. 1911, p. 23.)
- Traitement rural des vénériens indigents. (*Annales des maladies vénériennes*, année 1918, p. 577.)
- Surveillance médicale de la prostitution conciliant l'abolitionnisme avec la réglementation. (*Bulletin de la Société de prophylaxie sanit. et morale*, 1924, p. 29 et *Annales des maladies vénériennes*, mars 1924, p. 182.)
- Utilisation pour la lutte antivénérienne de la défense départementale contre la dépopulation par l'assistance à domicile. (*Bulletin de la Société de prophylaxie sanitaire et morale*, 1923, p. 35.)
- La lutte contre les dangers de la prostitution. (*Bulletin de la Société de prophylaxie sanitaire et morale*, 1923, p. 72.)
- Education et direction des malades vénériens. (*Bulletin de la Société de prophylaxie sanitaire et morale*, 1923, p. 94.)
- Jeanselme.** — Les grandes étapes de la syphiligraphie française. (*Presse médicale* du 4 septembre 1919, p. 489.)
- Jeanselme et Burnier.** — *Bulletin de l'Académie de Médecine* 9 mars 1926. (t. XCV, n° 10.)
- Lacapère et Decrop.** — La syphilis dans les pays arabes. (*Annales des maladies vénériennes*, année 1917, p. 653.)
- Lambinet (J.).** — La réglementation de la prostitution à Liège et la lutte contre les maladies vénériennes. (*Bulletin de la Société de prophylaxie sanitaire et morale*, novembre 1924, p. 84 et *Bruxelles Médical*, 27 juillet 1924, p. 1160.)
- Laurent (Ch.).** — Les résultats de la lutte antivénérienne à St-Etienne. (*Annales des maladies vénériennes*, avril 1923, p. 272.)

- Lenoir.** — De la fréquence de la syphilis dans les antécédents des sujets atteints de quelques maladies chroniques. (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 17 juillet 1914, p. 223.)
- Leredde.** — Le diagnostic de la syphilis et l'enquête familiale. (*Presse médicale*, mai 1921, p. 432.)
— Etude de la syphilis dans un village français. (*Société de médecine de Paris*, 7 octobre 1921 et *Presse Médicale* du 22 octobre 1921, p. 852.)
— La syphilis et l'organisation de la lutte anti-syphilitique.
- Marsault (André).** — Fréquence de la syphilis parmi les populations indigentes. (*Thèse de Paris*, année 1918-1919.)
- Matthys (R.)** (de Bruxelles). — Résumé du rapport à la Société belge de dermatologie et de syphiligraphie. (*Bulletin de la Société de prophylaxie sanitaire et morale*, novembre 1924, p. 79.)
- Milian et Burnier.** — Le mouvement syphiligraphique. (*Paris-Médical* 1919, p. 288.)
- Moty.** — (*Bulletin de la Société de prophylaxie sanitaire et morale*, 1905.)
- Note sur le fonctionnement du premier dispensaire anti-vénérien créé en Belgique (Terrier.) — (*Bulletin de la Société de prophylaxie sanitaire et morale*, année 1924, p. 7.)
- Rabello.** — La lutte antisiphilitique au Brésil. (*Bulletin de la Société de prophylaxie sanitaire et morale*, année 1923, p. 108.)
- Razomowski.** — Moyen de combattre la syphilis dans les villes. (*Annales des maladies vénériennes*, année 1914, p. 741.)
- Rejsek.** — Loir du 11 juillet 1922 relative à la lutte contre les maladies vénériennes dans la République tchécoslovaque. (*Bulletin de la Société de prophylaxie sanitaire et morale*, novembre 1925, p. 112.)

Siredey. — Communication sur la prophylaxie de la syphilis dans l'armée américaine. (*Bulletin de la Société de prophylaxie sanitaire et morale*, octobre 1918, p. 2.)

Strohl (H.) (de Strasbourg). — L'abolition de la réglementation de la Prostitution à Colmar.

Vie Médicale, de 1921. — Ce qu'on a fait à l'étranger pour lutter contre la syphilis (octobre 1921, p. 1250.)
